Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Examen opérationnel de l'Hôpital Queensway-Carleton

Rapport final

26 février 2001

first consulting group FCG

Table des matières

PRÉSIDENT INDÉPENDANT ..... ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

INTRODUCTION 3

PROFIL DE L'HÔPITAL QUEENSWAY-CARLETON 4

Profil organisationnel 4
Hôpitaux repères 5
Description du marché 5
croissance de la population 7
Pondération de l'intensité des ressources 9

RENDEMENT FINANCIER 10

fluctuation des dépenses entre 1996-1997 et 2000-2001 10

ACTIF TOTAL 14

Changements en matière d'efficacité du rendement entre 15
1996-1997 et 2000-2001 15
Amélioration de l'efficacité future 17
Conclusions 18

GESTION ET AUTORITÉ 20

Autorité du conseil 20
Raisons de l'échec du processus 21
Conclusions 24
Principes de gestion – haute direction 27
Organisation du personnel médical 33

RENDEMENT CLINIQUE 35

Tendances en matière d'activité 35
Utilisation clinique 36
Gestion de l'utilisation 37

EXPLOITATION DES SERVICES 39

Fluctuation globale des dépenses 39
Services de soins infirmiers 40
Visites - Urgence 46
Services diagnostiques et thérapeutiques 51
Services d'administration et de soutien 52
Services informatiques 53

PLAN DE REDRESSEMENT DE L'HÔPITAL QUEENSWAY-CARLETON 55

Pourquoi un changement s'impose-t-il? 55
pouvoirs du Conseil 55
pouvoirs des cadres 56
problèmes touchant le personnel médical 57
Exploitation des services 58

Redressement financier 58
Nouveau rôle de l'Hôpital queensway-carleton 59
Calendrier du plan de redressement 61

Introduction

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et l'Hôpital Queensway-Carleton (HQC) ont entrepris un examen opérationnel de l'Hôpital, avec deux objectifs généraux :

- expliquer la cause du déficit des fonds de fonctionnement et de roulement;
- cerner les démarches nécessaires à l'amélioration et à la stabilité du rendement financier, compte tenu des pressions croissantes au plan des finances et des programmes.

Objectifs spécifiques :

- évaluer le rendement actuel sur le plan financier, clinique et opérationnel de l'Hôpital Queensway-Carleton pour déterminer les possibilités d'améliorer l'évolution des coûts à court, moyen et long terme;
- évaluer les structures de régie, de gestion et de prise de décision, y compris tous les processus de prise de décision dans tout l'établissement;
- examiner et évaluer l'état et l'incidence des modifications aux programmes et services suite aux directives de la CRSS;
- dresser un plan de reprise visant à appuyer l'adoption des recommandations afin d'améliorer le rendement à long terme et à le maintenir.

Les cabinets de consultants First Consulting Group (FCG) et Geyer Szadkowski Consulting ont été engagés pour mener cette étude. Le présent document contient les conclusions de cette étude visant à comprendre l'origine du déficit de l'Hôpital et à déterminer les possibilités d'amélioration du rendement. Sont incluses des analyses détaillées des données cliniques, financières et démographiques, des entrevues avec les membres du conseil, le personnel médical et administratif, les cadres et les membres de la haute direction, et des discussions avec d'autres intervenants comme le MSSLD, le CASC, des membres du West Ottawa Valley Network, l'Hôpital d'Ottawa et d'autres intervenants.

Nous exprimons notre gratitude à tous ceux qui nous ont aidé à mener cette étude.

Profil de l'Hôpital Queensway-Carleton

L'Hôpital Queensway-Carleton (HQC) compte 201 lits pour malades et familles, dispense des services primaires et secondaires aux résidents d'Ottawa-Carleton et dessert surtout la population croissante des banlieues Ouest, soit Ottawa Ouest, Nepean, Kanata, Goulbourn, Rideau et Carleton Ouest. Il s'agit d'un centre d'aiguillage pour plusieurs hôpitaux en milieu rural et collectivités de la vallée supérieure de l'Outaouais. Les directives de la Commission de restructuration des soins de santé (CRSS) recommandaient à l'HQC d'augmenter la capacité de la salle d'urgence, des salles d'accouchement et des services psychiatriques et ambulatoires. Ces directives ont entraîné le transfert de programmes dont le service d'obstétrique et de gynécologie de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut et celui des soins pour maladies chroniques de l'Hôpital au Service de santé des Sœurs de la Charité d'Ottawa. Le transfert de la maternité et des soins néonatals et gynécologiques de l'Hôpital Grace et l'acquisition d'un tomodensitogramme est déjà chose faite. L'augmentation de la capacité d'accueil pour la salle d'urgence, l'unité de soins intensifs, le bloc opératoire, la santé mentale, les soins ambulatoires et les services de réadaptation permettra d'ajouter 50 lits à l'établissement d'ici 2003.

PROFIL ORGANISATIONNEL

L'Hôpital est reconnu pour son approche consultative en matière de planification et de prestation de services. Depuis 24 ans, il a su établir des liens et une coopération dans toute la région et dans la vallée de l'Outaouais, avec d'autres hôpitaux, des organismes communautaires, des entreprises et des donateurs.

L'Hôpital se distingue par cinq programmes principaux :

- **Service d'urgence**– des médecins et des infirmières et infirmiers spécialisés assurent un service 24 heures par jour pour les enfants et les adultes.
- **Service de médecine et de chirurgie** – cardiologie, neurologie, pneumologie, médecine interne, endocrinologie, hématologie, chirurgie générale, gynécologie, orthopédie, urologie, chirurgie plastique, chirurgie oto-rhino-laryngologique, soins palliatifs, unité de soins intensifs/cardiaques et diverses cliniques.
- **Service de santé mentale** – une unité de malades externes, des services de psychiatrie et de psychologie, traitements de jour et de soir, programmes de sensibilisation et cliniques.
- **Service de gériatrie** – traitements spécialisés dispensés par un gérontologue et du personnel infirmier spécialiste de clinique; clinique de jour, évaluation gériatrique et programme de sensibilisation.
- **Service de maternité et de néonatologie** – un centre de périnatalité s'adressant à toute la famille.

Une vaste gamme de services diagnostiques, thérapeutiques, de soutien et de bénévolat appuient ces programmes. Des projets d'expansion et d'amélioration sont en cours de conception pour, entre autres, l'urgence, l'USI, les salles d'opération et d'intervention, les lits de soins psychiatriques, les cliniques pour malades ambulatoires et de nouveaux lits pour la réadaptation.

HÔPITAUX REPÈRES

Dans le cadre de l'examen opérationnel, nous avons comparé l'Hôpital Queensway-Carleton à d'autres hôpitaux de même envergure. Les résultats de cette évaluation comparative sont indiqués dans le présent rapport. Neuf hôpitaux ont servi de repère. Les critères de sélection de ces hôpitaux étaient, entre autres :

- similarité avec l'Hôpital quant à :
  - la taille de l'établissement, selon le total du nombre de cas pondérés équivalents
  - l'éventail des programmes, selon :
    - le pourcentage pondéré des cas tertiaires
    - le pourcentage pondéré de soins non actifs aux malades hospitalisés
  - la population dirigée selon le revenu du foyer;
- efficience mesurée selon le pourcentage inférieur/supérieur aux coûts par cas pondéré équivalent;
- proximité d'un établissement tertiaire (évaluation qualitative).

En fonction de ces critères, les hôpitaux sélectionnés comme repères comprenaient les suivants :

- Hôpital Montfort, Ottawa
- Hôpital de Markham Stouffville
- Hôpital général de Guelph
- Hôpital St. Mary's de Kitchener
- Hôpital Joseph Brant Memorial de Burlington
- Hôpital Général de St. Catherine's
- Hôpital Général Grace de l'Armée du salut de Scarborough
- Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia
- Greater Niagara General Hospital, Niagara Falls

L'Hôpital a souligné qu'il n'y avait pas d'hôpitaux ayant un volume aussi élevé de visites à l'urgence. Nous n'avons pas tenu compte de ce critère, car la plupart des hôpitaux traitant entre 55 000 et 60 000 visites à l'urgence possèdent le nombre de lits voulus. Comme le montreront les données comparées, peu d'hôpitaux pourraient tout à fait servir de repères en raison de leur emplacement. Nous avons fait des remarques quand les comparaisons posaient des difficultés de conclusion définitive.

DESCRIPTION DU MARCHÉ

Le secteur desservi par l'Hôpital compte environ 750 000 personnes. La grande majorité des malades vient de la région d'Ottawa-Carleton qui comprend Ottawa, Nepean, Kanata, Goulbourn, Carleton Ouest, Rideau, Gloucester, Osgoode, Cumberland, Vanier et Rockcliffe Park. La majorité des cas, soit presque 75 % de l'activité collective de l'Hôpital, arrive d'Ottawa, de Nepean et de Kanata. La part du marché de l'Hôpital constitue environ 30 % de toutes les collectivités desservies, avec une part supérieure à 20 % pour Nepean, Kanata, Goulbourn et Carleton Ouest.

Le volume de cas pondérés a augmenté de presque 12 pour cent pendant la période de l'étude. Cela est surtout dû à l'augmentation des cas secondaires dans l'Ouest de la région de la communauté urbaine d'Ottawa (plus précisément Ottawa, Nepean et Kanata). Pendant la même période, les services dispensés aux comtés limitrophes ont diminué pour tous les genres de soins. Le tableau 1 présente la hausse de cas pondérés par subdivision de recensement (SDR), division de recensement (DR) et autres régions. Ce tableau montre aussi quel pourcentage de tous les cas traités à l'Hôpital provient de ces régions (Dépendance du marché).

Tableau 1
Part du marché des cas incombant à l'Hôpital Queensway-Carleton par division de recensement et pourcentage de tous les cas incombant à l'Hôpital par division de recensement

	Cas					Dépendance du marché			
Total des cas pondérés	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	Changement en 3 ans	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999
Total SDR	9,403	9,50	9,62	10,64	13.2	85.6	87.4	86.2	86.5
Total DR	1,20	965	1,06	1,10	-	11.0	8.9	9.5	9.0
Total autres	383	41	474	550	43.6	3.5	3.8	4.2	4.5
Total des cas pondérés	10,99	10,87	11,16	12,30	11.9	100.0	100.0	100.0	100.0

**Comprend la chirurgie d'un jour; ne comprend pas les décès, fins de traitement et transferts*

Le tableau 2 présente la répartition des cas par niveau de soins primaires, secondaires et tertiaires.

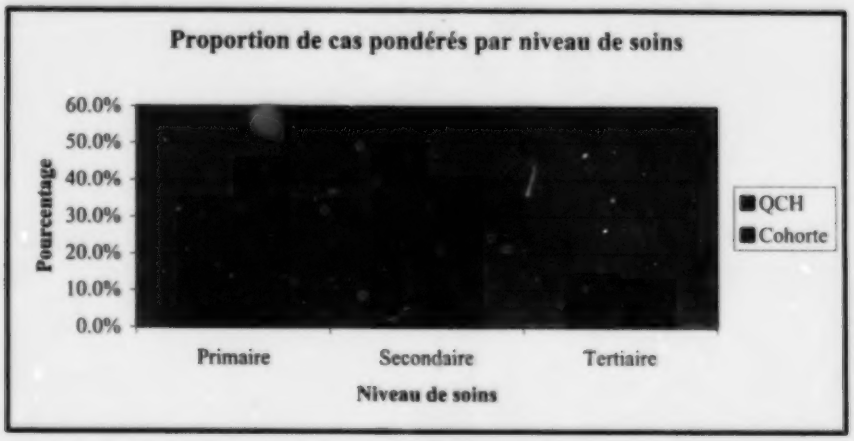
Tableau 2
Répartition des cas à l'Hôpital par niveau de soins primaires, secondaires et tertiaires

Cas pondérés					
Total cas pondérés	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	Changements en 3 ans
Total primaire	3 356	3 093	3 270	3 697	10,2 %
Total secondaire	4 644	4 913	4 986	5 376	15,8 %
Total tertiaire	1 501	1 423	1 340	1 534	2,2 %
Total cas pondérés	9 501	9 429	9 596	10 607	11,6 %

**Ne comprend pas la chirurgie d'un jour, les décès, les fins de traitement et les transferts*

À peu près 50 % de toutes les visites nécessitent des soins secondaires; les cas primaires et tertiaires comptent pour 35 % et 15 % des cas, respectivement. Cela distingue l'Hôpital des hôpitaux cohortes, où le nombre de cas par niveau de soins montre la différence entre l'Hôpital Queensway-Carleton et les autres hôpitaux de même taille, offrant des programmes semblables. Le tableau 3 analyse cette comparaison.

Tableau 3
Nombre de cas par niveau de soins : comparaison entre l'Hôpital Queensway-Carleton et les hôpitaux cohortes



La différence la plus frappante entre l'Hôpital et les hôpitaux cohortes concerne le nombre de visites nécessitant des soins secondaires et tertiaires à l'Hôpital (65 % de tous les cas, par rapport à 54 % des cas cohortes). Les cas de soins tertiaires (surtout l'arthroplastie de la hanche ou du genou et un peu de psychiatrie) sont légèrement plus élevés que pour les cohortes, et les cas de soins secondaires à l'Hôpital sont plus nombreux de presque 10 % que pour les hôpitaux cohortes. La différence la plus marquante en cas pondérés peut se voir dans le volume des soins orthopédiques et de chirurgie générale dispensés à l'Hôpital. La composition des cas compris dans ces deux programmes viendra étayer l'écart significatif des cas de soins secondaires traités à l'Hôpital.

CROISSANCE DE LA POPULATION

Tel que le montre le tableau 4, la croissance dans le bassin démographique relevant de l'Hôpital est remarquable. La population de tous les comtés adjacents à l'Hôpital augmente. L'incidence totale de la croissance dans la région s'évalue à environ 4,5 % en cinq ans.

Tableau 4
Croissance de population prévue dans la région d'Ottawa-Carleton

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Changements en 5 ans
OTTAWA	339 042	340 103	341 012	341 762	342 339	342 724	1,09 %
COMTÉ DE RENFREW	100 857	101 652	102 437	103 293	104 081	104 869	3,98 %
LEEDS ET GRENVILLE	102 342	103 449	104 376	105 311	106 270	107 177	4,72 %
NEPEAN	123 536	124 648	125 743	126 793	127 786	128 764	4,23 %
GLOUCESTER	108 336	108 598	109 186	109 756	110 313	110 873	2,34 %
COMTÉ DE LANARK	65 703	66 805	67 759	68 752	69 763	70 722	7,64 %
KANATA	56 503	58 267	59 564	60 879	62 164	63 457	12,31 %
CUMBERLAND	55 829	57 584	59 356	61 135	62 922	64 712	15,91 %
VANIER	17 722	17 684	17 672	17 659	17 622	17 588	-0,76 %
GOULBOURN	22 253	22 854	23 455	24 061	24 659	25 285	13,63 %
OSGOODE	17 750	18 082	18 422	18 750	19 086	19 431	9,47 %
CARLETON OUEST	17 933	18 140	18 360	18 566	18 776	18 986	5,87 %
RIDEAU	13 236	13 353	13 466	13 584	13 696	13 816	4,38 %
ROCKCLIFFE PARK	1 786	1 760	1 729	1 709	1 677	1 645	-7,89 %
TOTAL	**1 044 828**	**1 054 980**	**1 064 539**	**1 074 013**	**1 083 158**	**1 092 054**	**4,52 %**

Selon ces renseignements et en tenant compte des cas pondérés prévus pour la région et de la part du marché détenue par l'Hôpital dans chacune de ces régions, on estime que, d'ici 2005, la croissance de la population entraînera une hausse de 12 % (1 536 cas pondérés) des activités de l'Hôpital. Si l'on ne compte pas les cas primaires dirigés, en provenance d'Ottawa, de Kanata et de Nepean, on prévoit que le nombre de cas pondérés augmentera de 11 % d'ici 2005. Voir tableau 5.

Tableau 5
Incidence prévue de la croissance de la population sur les cas pondérés de l'Hôpital

	HQCCP prévus 2000	HQCCP prévus 2001	HQCCP prévus 2002	HQCCP prévus 2003	HQCCP prévus 2004	HQCCP prévus 2005	Changements en 5 ans
OTTAWA	4 265	4 309	4 351	4 388	4 421	4 456	4,47 %
COMTÉ DE RENFREW	569	579	588	601	611	624	9,66 %
LEEDS ET GRENVILLE	151	154	157	161	164	167	10,71 %
NEPEAN	4 025	4 123	4 227	4 335	4 440	4 545	12,90 %
GLOUCESTER	152	154	158	162	165	169	11,46 %
COMTÉ DE LANARK	463	475	485	494	505	515	11,08 %
KANATA	1 699	1 774	1 846	1 931	2 016	2 108	24,09 %
CUMBERLAND	53	56	59	62	66	69	37,21 %
VANIER	14	14	14	14	14	14	2,39 %
GOULBOURN	705	731	761	788	821	851	20,70 %
OSGOODE	60	62	65	67	69	72	19,31 %
CARLETON OUEST	429	442	456	470	486	502	16,97 %
RIDEAU	179	185	190	195	202	208	16,26 %
ROCKCLIFFE PARK	3	3	3	3	3	3	10,42 %
TOTAL	**12 767**	**13 060**	**13 358**	**13 671**	**13 984**	**14 303**	**12,03 %**

Tableau 4
Croissance de population prévue dans la région d'Ottawa-Carleton

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Changements en 5 ans
OTTAWA	339 042	340 103	341 012	341 762	342 339	342 724	1,09 %
COMTÉ DE RENFREW	100 857	101 652	102 437	103 293	104 081	104 869	3,98 %
LEEDS ET GRENVILLE	102 342	103 449	104 376	105 311	106 270	107 177	4,72 %
NEPEAN	123 536	124 648	125 743	126 793	127 786	128 764	4,23 %
GLOUCESTER	108 336	108 598	109 186	109 756	110 313	110 873	2,34 %
COMTÉ DE LANARK	65 703	66 805	67 759	68 752	69 763	70 722	7,64 %
KANATA	56 503	58 267	59 564	60 879	62 164	63 457	12,31 %
CUMBERLAND	55 829	57 584	59 356	61 135	62 922	64 712	15,91 %
VANIER	17 722	17 624	17 672	17 659	17 622	17 588	-0,76 %
GOULBOURN	22 253	22 854	23 455	24 061	24 659	25 285	13,63 %
OSGOODE	17 750	18 082	18 422	18 750	19 086	19 431	9,47 %
CARLETON OUEST	17 933	18 140	18 360	18 566	18 776	18 986	5,87 %
RIDEAU	13 236	13 353	13 466	13 584	13 696	13 816	4,38 %
ROCKCLIFFE PARK	1 786	1 760	1 729	1 709	1 677	1 645	-7,89 %
TOTAL	**1 044 828**	**1 054 980**	**1 064 539**	**1 074 013**	**1 083 158**	**1 092 054**	**4,52 %**

Selon ces renseignements et en tenant compte des cas pondérés prévus pour la région et de la part du marché détenue par l'Hôpital dans chacune de ces régions, on estime que, d'ici 2005, la croissance de la population entraînera une hausse de 12 % (1 536 cas pondérés) des activités de l'Hôpital. Si l'on ne compte pas les cas primaires dirigés, en provenance d'Ottawa, de Kanata et de Nepean, on prévoit que le nombre de cas pondérés augmentera de 11 % d'ici 2005. Voir tableau 5.

Tableau 5
Incidence prévue de la croissance de la population sur les cas pondérés de l'Hôpital

	HQC CP prévus 2000	HQC CP prévus 2001	HQC CP prévus 2002	HQC CP prévus 2003	HQC CP prévus 2004	HQC CP prévus 2005	Changements en 5 ans
OTTAWA	4 265	4 309	4 351	4 388	4 421	4 456	4,47 %
COMTÉ DE RENFREW	569	579	588	601	611	624	9,66 %
LEEDS ET GRENVILLE	151	154	157	161	164	167	10,71 %
NEPEAN	4 025	4 123	4 227	4 335	4 440	4 545	12,90 %
GLOUCESTER	152	154	158	162	165	169	11,46 %
COMTÉ DE LANARK	463	475	485	494	505	515	11,05 %
KANATA	1 699	1 774	1 846	1 931	2 016	2 108	24,09 %
CUMBERLAND	53	56	59	62	66	69	31,21 %
VANIER	14	14	14	14	14	14	2,39 %
GOULBOURN	705	731	761	788	821	851	20,70 %
OSGOODE	60	62	65	67	69	72	19,31 %
CARLETON OUEST	429	442	456	470	486	502	16,97 %
RIDEAU	179	185	190	195	202	208	16,26 %
ROCKCLIFFE PARK	3	3	3	3	3	3	10,42 %
TOTAL	**12 767**	**13 060**	**13 358**	**13 671**	**13 984**	**14 303**	**12,03 %**

41 410

PONDÉRATION DE L'INTENSITÉ DES RESSOURCES

La différence dans la composition des cas est également confirmée par la pondération de l'intensité des ressources qui est bien plus élevée pour l'Hôpital que pour les hôpitaux cohortes. Le tableau 6 présente une comparaison de la pondération de l'intensité des ressources (PIR) entre l'Hôpital et les hôpitaux repères.

Tableau 6
Comparaison de l'intensité de la pondération des ressources (PIR) - HQC et hôpitaux cohortes

PIR moyenne	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	Changements en 3 ans
Soins actifs - cohortes	1,01	1,05	1.06	1,09	7,3 %
Chirurgie de jour – cohortes	0,24	0,24	0,24	0,24	0,0 %
Soins actifs - HQC	1,47	1,62	1,56	1,59	7,5 %
Chirurgie de jour – HQC	**0,23**	**0,23**	**0,23**	**0,23**	0,0 %

% HQC par rapport aux cohortes	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	Changements en 3 ans
Soins actifs	146 %	154 %	147 %	146 %	0,2 %
Chirurgie de jour	96 %	96 %	96 %	96 %	0,0 %

La gravité des cas à l'Hôpital est beaucoup plus sérieuse que dans les établissements équivalents, ce qui a été le cas pendant toute la période d'analyse. L'intensité des soins actifs accuse la même hausse de 7 % à l'Hôpital et dans les hôpitaux repères.

* * * *

Dans l'ensemble, le profil de l'HQC est différent de celui de bien des hôpitaux qui pourraient en principe être équivalents. Le volume d'activité dans la salle d'urgence qui exige beaucoup de lits pour malades hospitalisés et de services supplémentaires et la hausse des services spécialisés (secondaires et tertiaires) sont les principaux différentiateurs qui font de l'HQC un hôpital unique dans le système de soins de santé de l'Ontario. L'HQC est désormais plus qu'un hôpital général communautaire, c'est un centre hospitalier d'aiguillage.

Rendement financier

Le présent chapitre donne un résumé de l'origine du déficit de l'Hôpital et des causes de la hausse des coûts. La période d'analyse s'étend de 1996-1997 à 2000-2001.

FLUCTUATION DES DÉPENSES ENTRE 1996-1997 ET 2000-2001

Recettes et dépenses entre 1996-1997 et 2000-2001

L'Hôpital a toujours affiché un budget équilibré ou bénéficié d'un léger excédent chaque année, jusqu'en 1995-1996, année du premier déficit d'exploitation. Le déficit s'est accentué d'année en année et pour l'exercice se terminant le 31 mars 2000, le déficit d'exploitation s'élevait à plus de 7 millions de dollars. Pour l'exercice en cours, on prévoit un déficit d'environ 9 millions de dollars. Le tableau 7 résume les résultats d'exploitation pour la période allant de 1996-1997 à 2000-2001.

Tableau 7
Hôpital Queensway-Carleton : résultats d'exploitation pour 1996-1997 - 2000-2001 (en milliers de $)

	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	Prévisions pour 2000-2001
	44 913 $	44 768 $	48 778 $	55 443 $	63 236 $
RECETTES					
Dépenses	44 883	46 702	50 399	59 453	70 951
Excédent/(Déficit) d'exploitation	**30 $**	**(1 934) $**	**(1 621) $**	**(4 010) $**	**(7 715) $**
	558 $	185 $	409 $	3 300 $	1 000 $
COÛT DE RESTRUCTURATION					
Remboursement de restructuration	-	413	223	151	200
TOTAL Excédent/(Déficit)	**(528) $**	**(1 706) $**	**(1 807) $**	**(7 159) $**	**(8 915) $**
Fonds de roulement	990 $	(53) $	(974) $	(6 923) $	(17-18M) $

Source : États financiers vérifiés de 1996-1997, 1997-1998, 1998-999, 1999-2000. Prévisions ou projections de 2000-2001 préparées par l'Hôpital au 3 octobre 2000.

Les recettes ont augmenté de 33 % entre 1996-1997 et 2000-2001. Les motifs de cette hausse des recettes varient et comprennent les rajustements au financement de base, le financement spécial, les transferts de programmes et les initiatives de restructuration. L'augmentation la plus marquée concernait le transfert, l'année dernière, du service de maternité-néonatologie de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut (l'Hôpital Grace).

Malgré la hausse des recettes, les dépenses d'exploitation ont augmenté à un rythme plus rapide. En réalité, les dépenses ont accusé une hausse de 55 % lors de cette même période de cinq ans. Le déficit s'est accentué d'année en année pendant la période d'analyse, avec la hausse la plus marquée pendant l'exercice 1999-2000 et l'exercice actuel. Plusieurs facteurs ont contribué à creuser l'écart entre les recettes et les dépenses :

- augmentation de l'activité et de l'intensité;

- incidence de l'inflation;
- transferts à l'Hôpital de programmes exigés par la CRSS, dont les coûts d'exploitation sont supérieurs au financement supplémentaire accordé (pour diverses raisons).

Chacun de ces facteurs fera l'objet d'un complément d'information ci-dessous.

Augmentation de l'activité et de l'intensité

Le tableau 8 indique la hausse des niveaux d'activité depuis 1996-1997. Le transfert du service de maternité-néonatologie n'est pas inclus dans ce tableau parce qu'il ne représente pas la hausse d'une activité existante. La hausse de l'intensité a déjà été indiquée au tableau 6.

Tableau 8
Augmentation de l'activité à l'Hôpital Queensway-Carleton *

	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	Chang. en %
Cas pondérés**	11 602	11 899	13 089	14 399	24 %
Soins de jour/nuit	10 800	11 000	11 496	12 459	15 %
Visites à l'urgence	50 730	50 823	52 870	54 460	7 %
Visites aux cliniques	120 254	126 640	137 664	151 729	26 %
Unités de charge D et T	8 647 698	8 964 254	9 160 400	9 330 500	8 %
Jours de surcharge de malades***	1 313	2 834	2 865	2 473	88 %

* *Source: Service d'utilisation de l'Hôpital*
** *Les cas pondérés sont calculés selon le GCC99; les chirurgies de jour sont incluses*
** *Jours de surcharge de malades signifie le nombre de jours durant lesquels les malades admis sont hospitalisés dans des endroits temporaires en attendant un lit (surtout les salles d'observation de l'urgence et dans le service de chirurgie de jour)*

Ce tableau montre clairement l'augmentation marquée de l'activité. La hausse la plus rapide a eu lieu au cours des deux dernières années. La hausse de 24 % des cas pondérés dépasse de loin la croissance de la population dans le secteur. L'envergure de cette augmentation a quelque peu été masquée par la modification des outils d'évaluation de la charge de travail et de présentation de rapports. On prévoit une autre hausse des cas pondérés en 2000-2001, de l'ordre de 15 à 17 %.

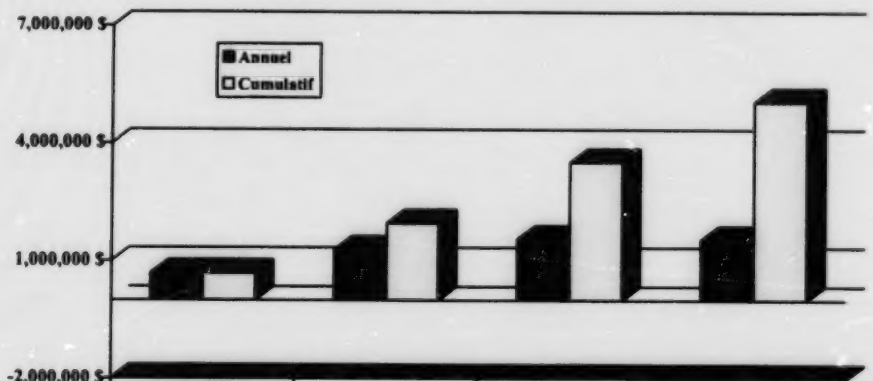
Dans la province, peu d'établissements offrent un éventail de services aussi vaste et un accès aussi limité à des lits de soins de longue durée ou de réadaptation. Dans l'ensemble, la hausse des niveaux d'activité dépasse la norme provinciale et les transferts de programmes influent grandement sur les activités. Cette situation a contribué à accentuer les pressions qui s'exercent sur les lits pour malades hospitalisés. Par exemple, les jours de surcharge de malades, soit les journées passées par des malades admis, sur des civières dans les salles d'observation, viennent s'ajouter à la croissance à laquelle on a fait face en créant de nouveaux lits au cours des deux dernières années.

Entre 1996-1997 et 1999-2000, le *coût* de cette hausse d'activité dépassait 10 millions de dollars (calculé en multipliant la croissance de l'activité par les coûts directs). Il s'agit donc d'une estimation prudente du total des coûts supplémentaires. On peut remettre en question le bien-fondé de cette croissance. Néanmoins, cette hausse a eu lieu et il s'agit d'un facteur important de l'augmentation des dépenses pendant cette période.

Incidence de l'inflation

Nouvelles sources de revenu ne veut pas nécessairement dire programmes nouveaux ou élargis. Tout fonds nouveau doit avant tout servir à maintenir les services existants. L'incidence des augmentations de salaire sur les opérations est connue pour chacune des années de l'analyse. On peut également évaluer l'incidence de l'inflation sur les fournitures et d'autres catégories de coûts. Le tableau 9 indique l'incidence de l'inflation et montre les pressions en matière de coûts s'élevant entre 700 000 $ et 1,5 million de dollars pour les années d'analyse. Les estimations ont été faites par l'Hôpital et leur bien-fondé a été examiné à l'aide des règlements contractuels et des indicateurs nationaux d'inflation.

Tableau 9
Hausse du coût d'inflation à l'HQC entre 1996-1997 et 2000-2001



	96/97-97/98	97/98-98/99	98/99-99/00	99/00-00/01
Annuel	682,000 $	1,279,000 $	1,554,000 $	1,541,000 $
Cumulatif	682,000 $	1,961,000 $	3,515,000 $	5,056,000 $

La véritable incidence des augmentations en 2000-2001 ne se fera sentir que pendant l'exercice 2001-2002. En outre, la signature récente de contrats dans la région d'Ottawa influera probablement sur les négociations syndicales à l'Hôpital. Par conséquent, il pourrait y avoir augmentation ou accumulation des coûts de main-d'œuvre supplémentaires pendant l'exercice en cours.

Les circonstances particulières du transfert du service de maternité-néonatologie et de gynécologie

En décembre 1999, le transfert du service de maternité-néonatologie et de gynécologie de l'hôpital Grace de l'Armée du salut (l'Hôpital Grace) à l'hôpital Queensway-Carleton a grandement contribué au déficit d'exploitation.

Financement initial du transfert

En août 1997, la CRSS recommandait à l'Hôpital de dresser un plan de mise en œuvre pour le transfert du service de maternité-néonatologie et de gynécologie de l'Hôpital

Grace à l'Hôpital Queensway-Carleton. Les données de la méthode ontarienne de répartition des coûts pour 1996-1997 indiquaient un coût direct de 1 308 $ par cas pondéré à l'Hôpital Grace et de 1 405 $ à l'Hôpital. Le coût par cas pondéré de l'Hôpital en 1998-1999, soit 1 470 $, a été utilisé pour les 3 084 cas du service de maternité-néonatologie et de gynécologie au moment du transfert.

Ce programme accuse un déficit depuis le transfert. Le présent examen opérationnel porte à croire que les fonds accordés ne suffisaient pas à couvrir les coûts.

Le Ministère a adopté un processus permettant d'examiner les programmes après le transfert. Un tel examen permettra de déterminer si le financement de ces services au moment du transfert était adéquat, en supposant que toutes les composantes du programme soient restées identiques.

Modifications du programme après transfert

Aujourd'hui, le programme à l'HQC est très différent de ce qu'il était à l'Hôpital Grace :

- le volume a augmenté;
- des améliorations ont été apportées aux services (comme une assistance à la lactation);
- la gravité moyenne des cas a augmenté.

Ces changements ont tous influé sur le coût du programme; ils ne peuvent pas faire l'objet d'un examen après transfert. Ils entrent dans le cadre du processus relatif au plan opérationnel.

Un examen du financement de ce programme est impératif. Une telle étude doit non seulement examiner le financement au moment du transfert (tel que l'exige l'examen du programme après transfert), mais elle doit aussi inclure les frais d'exploitation relatifs aux modifications du programme depuis la date du transfert.

Soins aux malades chroniques

En juillet 1998, la CRSS recommandait à l'HQC de dresser un plan concernant le transfert du programme de soins aux malades chroniques de l'Hôpital à l'Hôpital des Sœurs de la Charité d'Ottawa. Ces lits avaient été fermés avant l'ouverture du service de maternité-néonatologie et de gynécologie, sans qu'il y ait transfert à l'Hôpital des Sœurs de la Charité d'Ottawa. L'Hôpital avait documenté la planification de la fermeture de ces lits, qui s'est produite sur une certaine période de temps; cependant, la majeure partie de l'incidence de cette fermeture a été ressentie en 1999.

Le financement de ce programme n'a jamais été soustrait du financement de base de l'Hôpital. Les recettes ont servi à financer la croissance et à combler le déficit. Par conséquent, les coûts unitaires des soins actifs ont grimpé en raison des coûts directs et indirects affectés désormais aux soins actifs, qui étaient auparavant attribués aux soins pour malades chroniques. En 1997-1998, les soins chroniques représentaient 4,9 % des frais directs. Environ 2,4 millions de dollars ont été réaffectés aux soins actifs, comme suite à ce changement de programme. La quote-part des recettes a été perdue à raison de 600 000 $.

Sur le plan opérationnel, il ne faut pas sous-estimer l'incidence de la fermeture de ces lits avant qu'on ait trouvé d'autres établissements. L'impossibilité de transférer des malades à

d'autres établissements a aggravé le problème des ANS et influé sur tous les aspects opérationnels. On a essayé de réduire le coût des soins à ces malades par des démarches spécifiques dans le but de créer un programme pour eux ou de réduire les coûts afin de respecter le financement des soins de longue durée. Ces initiatives ont connu peu de succès en raison de la fluctuation du nombre de malades ANS et des défis présentés par la création de tels programmes et par la production des ressources financières nécessaires. La CRSS recommandait de ne pas fermer ces lits avant de pouvoir les remplacer. En rétrospective, même les 15 lits attribués à l'Hôpital dans le passé auraient quelque peu contribué aux pressions actuelles qui s'exercent sur les lits de soins actifs.

La situation financière actuelle

Le déficit d'exploitation ne constitue pas la seule question à régler. **L'Hôpital Queensway-Carleton traverse une crise financière.**

- Le fonds de roulement est épuisé.
- Des fonds ont été empruntés au fonds d'immobilisations à l'appui des opérations.
- Les dépenses en immobilisation (installations et matériel) ont été reportées, dans la mesure du possible, pour quelques années.

Les frais d'exploitation actuels dépassent le financement d'exploitation actuellement disponible d'environ 700 000 $ par mois. L'HQC se trouvera sans liquidités d'ici la fin février si les dépenses ne diminuent pas ou s'il ne trouve pas de nouvelles sources de revenu. Il faut rétablir le fonds de roulement et consolider le bilan pour assurer la viabilité de l'Hôpital.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'Hôpital prévoit un déficit d'exploitation de plus de 10 millions de dollars pour l'exercice en cours. Ainsi, le déficit prévu du fonds de roulement à la fin de 2000-2001 dépassera les 17 millions de dollars, sans compter le financement annoncé par le Ministère le 27 octobre et le 7 novembre 2000. Le tableau 10 présente la situation du fonds de roulement de l'Hôpital.

Tableau 10
Hôpital Queensway-Carleton – Fonds de roulement et actif net

	31 mars 1997 (en milliers de $)	31 mars 1998 (en milliers de $)	31 mars 1999 (en milliers de $)	31 mars 2000 (en milliers de $)
Actif à court terme	4 672 $	5 171 $	6 548 $	6 278 $
Actif à long terme	11 577 $	15 060 $	16 707 $	24 936 $
Actif total	**16 249 $**	**20 231 $**	**23 255 $**	**31 214 $**
Passif à court terme	3 682 $	5 224 $	7,522 $	13 201 $
Passif à long terme	- –	7 863 $	10 396 $	19 835 $
Passif total	**3 682 $**	**13 087 $**	**17 918 $**	**33 036 $**
Soldes du fonds	**12 567 $**	**7 144 $**	**5 337 $**	**(1 823) $**
Fonds de roulement	**990 $**	**(53) $**	**(974) $**	**(6 923) $**

La situation financière serait encore plus critique si l'Hôpital n'avait pas décidé d'utiliser une partie de « l'avance de capital du Superfonds de croissance » pour financer les frais d'exploitation au cours de l'année dernière. Selon une entente signée par le président du conseil en mars 2000, l'utilisation de ces fonds n'est pas appropriée. Non seulement cela dissimule le découvert important du fonds de roulement, mais cela crée aussi un passif qui ne sera probablement pas inclus dans les processus de planification du Ministère et qui constitue une dette qui devra être remboursée par l'Hôpital avant que cet argent ne devienne nécessaire pour les travaux d'expansion.

En raison du déficit de caisse, il a fallu reporter, dans la mesure du possible, les dépenses au titre des installations et du matériel. On n'a en général effectué des achats uniquement lorsque les machines tombaient en panne ou lorsqu'elles présentaient un danger pour les malades ou le personnel. On n'a pas effectué de renouvellement ou de remplacement régulier depuis quelques années. Il s'ensuivra une augmentation de la demande de dépenses en équipement à l'avenir. Ces dépenses peuvent être repoussées, mais non pas éliminées. Au cours des prochaines années, la planification devra tenir compte de la croissance des dépenses dans ce secteur, compte tenu de la nécessité de renouveler ou de remplacer le matériel.

L'ampleur du problème est quelque peu masquée par les sommes dépensées pour les nouveaux services (par exemple maternité et néonatologie). Sur le bilan, ces dépenses donnent l'impression que des fonds importants sont affectés aux installations et matériel. En réalité, la plupart des fonds sont canalisés vers de nouveaux programmes et les dépenses en immobilisations sont limitées aux situations d'urgence. La liste la plus récente de besoins en équipement illustre l'ampleur et la nature du problème.

CHANGEMENTS EN MATIÈRE D'EFFICACITÉ DU RENDEMENT ENTRE 1996-1997 ET 2000-2001

En général, les coûts unitaires ont augmenté à l'HQC pendant la période d'analyse. Si l'on considère le changement du coût unitaire selon la mesure du coût par cas pondéré, l'Hôpital a toujours affiché un coût réel par cas pondéré qui était moindre que le coût escompté par cas pondéré. En 1998-1999, le coût réel par cas pondéré a dépassé le coût escompté pour la première fois.

Entre 1997-1998 et 1998-1999, le coût par cas pondéré est passé de 2 176 $ à 2 581 $. Cette hausse de 18,8 % représentait le double de la hausse générale dans les hôpitaux de l'Ontario pour cette année-là. C'était exceptionnel et trompeur pour plusieurs raisons :

- **Les dépenses exceptionnelles** afférentes à la restructuration n'étaient pas comptabilisées séparément et étaient incluses dans les frais d'exploitation, d'où le calcul du coût par cas pondéré. Ces dépenses étaient temporaires et auraient dû être distinctes des coûts d'exploitation, car elles reflètent une hausse artificielle du coût unitaire. Elles comprennent des coûts comme celui du bogue de l'an 2000 et celui de la restructuration.

- **La méthode de pondération des cas** a changé d'année en année. Cela a créé un problème particulier en 1998-1999.

- **L'incitatif de la chirurgie de jour** a été éliminé; les coûts unitaires de soins aux malades hospitalisés ont donc augmenté.

- **Les coûts de transition** relatifs à la fermeture des services aux malades chroniques n'ont pas été comptabilisés séparément.

- **L'amélioration des soins infirmiers** a entraîné la hausse des coûts unitaires dans tous les hôpitaux de la province, cette année-là.

Chacun de ces points est expliqué brièvement ci-dessous.

Dépenses exceptionnelles et de transition

Plusieurs hôpitaux en Ontario n'indiquent et ne rendent compte que des dépenses admissibles au remboursement de la part du Ministère. Les projets du bogue de l'an 2000 et les initiatives de restructuration en cours dans toute la province, les coûts d'exploitation (et les coûts par cas pondéré) peuvent inclure d'importantes dépenses exceptionnelles. De tels frais ne devraient pas se répéter et devraient être distincts des coûts d'exploitation. En raison de cette pratique, les estimations du déficit sont cependant exagérées si, à l'avenir, ces coûts ne sont pas cernés et exclus de toute prévision.

À l'Hôpital, ces coûts comprenaient le transfert du service de maternité-néonatologie et les initiatives relatives au bogue de l'an 2000. Le transfert de ce programme visait à atténuer les difficultés posées par le problème du passage à l'an 2000 à l'Hôpital Grace qui exigeait le transfert à la fin 1999, au plus tard. Si cette date n'était pas respectée, l'Hôpital Grace devait faire face à des dépenses élevées pour mettre à jour les systèmes (4 million de dollars). Toutefois, parce que les budgets d'exploitation pré-construction n'étaient pas tout à fait prêts pour accélérer le processus de transfert du service de maternité-néonatologie, certaines dépenses n'étaient pas prévues et il est devenu impossible de négocier l'octroi d'un financement de restructuration supplémentaire.

Par conséquent, un pourcentage important des coûts exceptionnels et de transition n'a pas été comptabilisé comme coûts de restructuration dans les rapports et les soumissions présentés au Ministère. Ces coûts étaient inclus dans les dépenses de base au niveau des services et ont exagéré les coûts unitaires. À l'avenir, il faudra distinguer ces dépenses des coûts d'exploitation et les inclure comme épargne prévue dans le plan de redressement. Les coûts de restructuration et du bogue de l'an 2000 comprennent ce qui suit :

Systèmes informatiques -	400 000 $
Communications -	100 000 $
Fonctionnement des installations -	100 000 $
Intendance -	150 000 $
TOTAL	750 000 $

Changement de la méthode de regroupement des cas pondérés

Le changement des cas pondérés au cours des exercices a été compliqué par la modification annuelle de la méthode de regroupement des cas pondérés de l'ICIS. Les données du Comité mixte des politiques et de la planification sur les cas pondérés s'étalant sur plusieurs années ne fournissent pas de chiffres vraiment comparables, parce que les cas pondérés sont

particuliers à leur année d'exercice. Certains hôpitaux peuvent établir des comparaisons de cas pondérés s'étalant sur plusieurs années en utilisant un facteur de regroupement commun et en appliquant la méthode à plusieurs années d'exercice.

Le changement des cas pondérés entre 1997-1998 et 1998-1999, en prenant 1998-1999 comme méthode normalisée de regroupement, figure au tableau 11.

Tableau 11
Comparaison des changement du volume de cas pondérés à l'Hôpital Queensway-Carleton déclarés et comparables, entre 1997-1998 et 1998-1999, en prenant 1998 comme méthode normalisée de regroupement

	1997-1998	1998-1999	Variation - %
Méthode de répartition des coûts de l'Ontario : cas pondérés présentés	10 353	10 612	2,5 %
Cas pondérés normalisés	9 359	10 323	10,3 %

Si la hausse réelle du volume était présentée, le coût révisé par cas pondéré pour 1998-1999 serait 2 422 $ plutôt que 2 581 $, soit une réduction de 159 $ par cas pondéré. Le coût prévu par cas pondéré pour cette même période affichait une hausse escomptée de 10 %. Cela dépasse de loin l'inflation ou les autres augmentations de coûts et étaye la recommandation d'utiliser la méthode de regroupement des cas pondérés comme facteur dans la déclaration de la hausse des coûts.

Incitatif de chirurgie de jour

L'élimination de l'incitatif de chirurgie de jour en 1998-1999 a également influé sur les coûts unitaires. En 1997-1998, l'Hôpital a reçu un crédit de 150 cas pondérés en contrepartie du crédit pour malades hospitalisés perdu. Ce procédé a été arrêté en 1998-1999. Si cet incitatif avait été inclus en 1998-1999, l'incidence sur le coût par cas pondéré aurait été une réduction de 31 $.

Coûts d'amélioration des soins infirmiers

Le fonds d'amélioration des soins infirmiers en 1998-1999 s'élevait à 3 millions de dollars et représentait une combinaison d'une hausse nette de 1,4 million de dollars en soins infirmiers actifs et d'environ 1 million de dollars destinés aux soins aux malades externes (la différence nette découle de l'annualisation des coûts).

Ces améliorations comptaient pour 117 $ du coût moyen par cas pondéré.

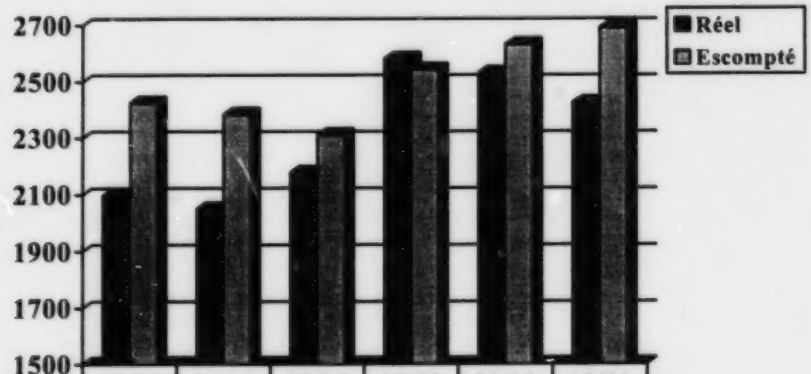
AMÉLIORATION DE L'EFFICACITÉ FUTURE

Les paragraphes ci-dessus expliquent clairement les raisons de la hausse des dépenses et de la baisse perçue de l'efficacité entre 1996-1997 et 2000-2001. D'après notre examen, nous

concluons que l'on peut séparer ces coûts de ceux d'exploitation et que l'Hôpital recouvrera bientôt sa rentabilité, comme par le passé.

Le tableau 12 présente le changement prévu du coût par cas pondéré réel par rapport au coût prévu, entre 1995-1996 et l'année 2000-2001 en cours.

Tableau 12
Tendances des coûts par cas pondérés à l'Hôpital entre 1995-1996 et 2000-2001



	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01
Réel	2097	2050	2176	2581	2530	2425
Escompté	2424	2383	2311	2542	2631	2690

Ce tableau indique clairement que l'Hôpital fonctionnait assez bien et que ses coûts unitaires éteint assez raisonnables jusqu'en 1998-1999. La courbe de réduction du coût réel par cas pondéré comparé au coût escompté par cas pondéré montre déjà que l'augmentation des coûts unitaires décrite plus haut commence à s'estomper. Nous prévoyons une diminution plus marquée du coût par cas pondéré au cours du présent exercice. Plus précisément, si la gestion organisationnelle devient plus efficace et rentable, nous nous attendons à ce que le coût réel par cas pondéré soit moindre que le coût escompté à la fin de l'exercice en cours.

Conclusions

D'après notre évaluation de la situation financière de l'Hôpital Queensway-Carleton, nous sommes arrivés principalement à quatre conclusions :

- la détérioration du rendement financier à l'Hôpital s'explique en grande partie par l'augmentation de l'activité sur le plan des programmes existants, le transfert du service de maternité-néonatologie et de gynécologie, les coûts exceptionnels de transition et l'inflation;

- la mise en œuvre de mesures visant l'efficience de l'exploitation ne comblera pas le déficit de l'HQC;

- rien ne porte à croire que si les dépenses ponctuelles étaient comptabilisées séparément des coûts d'exploitation, l'Hôpital ne se retrouverait pas avec un coût réel par cas pondéré moindre que le coût escompté;

- le transfert du service de maternité-néonatologie et de gynécologie n'aurait pas été bien géré et aurait causé l'escalade des coûts;

- il faut rétablir le fonds d'exploitation et consolider le bilan pour que l'Hôpital continue à exister;

- le Ministère doit entreprendre un examen après transfert du service de maternité-néonatologie et de gynécologie au plus tôt pour déterminer les rajustements de financement nécessaires afin d'incorporer ce service au plan de redressement. Cet examen devrait se concentrer sur cinq domaines clés :

  - l'affectation des ressources au moment du transfert du service (examen après transfert);
  - la croissance;
  - l'amélioration des services;
  - le changement d'intensité;
  - les économies d'échelle.

Gestion et autorité

L'efficacité et la constance des principes de gestion du conseil, de la haute direction et du personnel médical constituent la clef de voûte du rendement financier de tout organisme.

AUTORITÉ DU CONSEIL

Processus de gestion et de contr ôle financier

L'excellence de la gestion découle d'un conseil qui comprend parfaitement son mandat et l'exécute. Dans les organismes de soins de santé, la gestion du conseil se traduit par le processus de mise en œuvre du leadership organisationnel et par la prise de responsabilité en ce qui concerne :

- **la vision**—fixer le cheminement futur de l'établissement en se basant sur le mandat;
- **la mission**—confirmer l'objectif et le mandat de l'établissement et rendre possible l'accès et les soins convenables à des populations déterminées;
- **les valeurs**—établir les lignes de conduite d'un comportement acceptable;
- **le contrôle (financier, clinique, de gestion)**—adapter l'activité aux obligations afin que la prestation de services s'accomplisse avec les ressources disponibles, que les fonds accordés par le Ministère soient utilisés à bon escient, et que les investissements soient gérés comme il se doit;
- **la gestion des attentes**—gérer la nécessité du contrôle financier et clinique tout en tenant compte des besoins et des attentes de la collectivité qu'il dessert, de son personnel médical, de ses employés et du gouvernement.

Gérer les relations au sein des fonctions hiérarchiques et entre elles relève d'un tour de force. Comme dans tous les établissements de soins de santé, accomplir la mission et atteindre la vision de l'organisme est un processus constant d'équilibre entre le besoin de contrôler et les pressions pour en faire plus. Le conseil de l'HQC a éprouvé des difficultés à atteindre cet équilibre. En réalité, cela a été plus difficile pour ce conseil que pour la plupart des conseils d'hôpitaux.

Pour tenter de redresser le déficit croissant, le conseil a demandé le présent examen opérationnel. Le conseil et la haute direction étaient persuadés que cet examen confirmerait la nécessité de fonds supplémentaires à l'HQC. En raison de contraintes dues à la croissance, le conseil a, en toute connaissance de cause, approuvé un déficit d'exploitation pour l'exercice en cours qui atteindra presque 17 % des recettes. Le conseil, le personnel médical et la haute direction étaient convaincus que cet examen reconnaîtrait que :

- la croissance dans la banlieue Ouest d'Ottawa a été sans précédent;
- l'Hôpital a réagi comme il se doit à cette croissance;
- le Ministère a appuyé les démarches de l'Hôpital.

Les conclusions de l'examen opérationnel sont décrites dans le rapport. Nos remarques indiqueront que la situation financière actuelle ne découle pas de l'inefficacité ou du

gaspillage. Nos constatations indiqueront également que le conseil croyait que le Ministère entérinait ses actions. Toutefois le conseil n'aurait jamais dû percevoir l'examen opérationnel comme une permission de continuer à croître pendant l'exercice en cours.

Le processus de gestion exige que le conseil s'efforce de trouver un équilibre entre les besoins et les ressources. Après presque trois ans de communications au sujet des problèmes de déficit, qui sont restées sans réponse, le conseil aurait dû :

- aborder toutes les discussions avec le Ministère en s'attendant à ce que les engagements et les approbations officiels soient obtenus avant que des mesures faisant grimper les dépenses de l'Hôpital ne soient prises;

- pousser la direction à mettre au point des plans plus détaillés et convaincants pour soutenir les défis de l'Hôpital et le placer dans une position de force afin de demander plus d'aide officielle au Ministère ;

- demander un plan réaliste et abordable concernant la dotation en personnel médical qui servirait à guider les décisions à ce sujet.

Un nouvel équilibre visant à combler les besoins compte tenu des ressources disponibles sera essentiel pour que l'organisme puisse reprendre le contrôle de ses finances

Raisons de l'échec du processus

Le processus de gestion de l'HQC n'a pas réussi pour plusieurs raisons complexes. Voici quelques-unes des principales causes de la crise financière et des problèmes en matière de programmes qui auraient dû être soulevées avant :

- la relation du conseil avec le Ministère;

- les directives de la CRSS qui ont affecté l'HQC;

- la croissance non gérée de l'activité.

Chacune de ces raisons est décrite brièvement plus bas.

La relation « de bonne foi » entre le conseil de l'HQC et le ministère de la Santé

Le conseil a porté une attention particulière à l'Hôpital quand les déficits s'accentuaient. Les membres du conseil connaissent très bien la situation. À ce propos, ils ont communiqué plusieurs fois avec le Ministère au cours des deux ou trois dernières années. Dans la plupart des cas, le Ministère a rassuré l'organisme et lui a conseillé de ne pas réduire les services, en l'assurant que les problèmes de financement seraient réglés.

Par exemple :

- il y a deux ans, l'HQC a ouvert 24 lits pour atténuer les problèmes d'accessibilité. Le Ministère a approuvé et a encouragé cette démarche. L'Hôpital continue ces prestations sans financement de base supplémentaire pour le surcroît de travail.

Par contre, vers la mi-décembre, l'HQC a bénéficié d'une aide financière pour 20 lits supplémentaires de longue durée, ce qui devrait atténuer les coûts;

- depuis plus de deux ans, le conseil de l'HQC fait souvent part au Ministère de ses inquiétudes concernant le volume d'urgences, les surcharges de malades et l'insuffisance des fonds. L'Hôpital n'a reçu aucune directive claire du Ministère lui demandant de réduire les services, de fermer des lits, de refuser le surcroît de travail ou d'accroître les services pour faire face à la demande;

- l'HQC a donné suite aux projets de transfert du service de maternité-néonatologie et de gynécologie de l'Hôpital Grace, même s'il s'est rendu compte, quelques semaines avant le transfert, qu'il n'y aurait pas assez de fonds pour faire fonctionner le service. Le Ministère estimait que le financement était suffisant et a encouragé l'HQC à accepter le transfert de l'Hôpital Grace. Notre examen opérationnel nous porte à croire que le financement n'a pas couvert les coûts directs.

Le conseil a demandé des plans de réduction de services, en cas de nécessité. En raison des assurances du Ministère, il ne les a pas mis en œuvre.

À la lumière des promesses des représentants officiels du Ministère, on peut comprendre la décision du conseil de laisser les déficits s'accumuler. Cependant, il aurait fallu empêcher que la situation ne se détériore à ce point.

Le conseil doit en assumer la responsabilité majeure. Il dispose d'un mandat clair, qui l'oblige à s'acquitter de ses tâches, compte tenu des ressources accordées, mais il n'en a pas été ainsi. Pour le conseil, il s'agit d'une situation relativement nouvelle, car pendant de nombreuses années, les recettes et les dépenses ne posaient aucun problème. Mais la situation s'est vite détériorée.

Pendant ce temps, le Ministère n'a pas donné l'appui et les conseils auxquels devrait s'attendre un organisme comme l'HQC. Le conseil a mis le Ministère au courant de l'escalade des difficultés financières et le Ministère a soutenu les actions de l'Hôpital, mais le financement n'a pas été rajusté en conséquence. Le conseil a clairement agi de bonne foi et était en droit de supposer qu'il pouvait se fier aux renseignements reçus du Ministère pour les décisions concernant l'exploitation de l'Hôpital.

À l'avenir, le conseil devra établir des communications plus réalistes avec le Ministère afin que les décisions difficiles aux conséquences importantes soient prises en temps opportun. En outre, le conseil doit être prêt à agir sur des questions concernant la santé financière de l'organisme si le Ministère n'émet pas de directives officielles dans un délai raisonnable. Le Ministère doit aussi prévoir des communications plus claires avec l'organisme pour éviter qu'il ne prenne des décisions croyant avoir les moyens de les prendre sans que ces moyens existent.

Les directives de la Commission de restructuration des services de santé

Les remarques qui sous-tendent les directives de la CRSS pour l'Hôpital d'Ottawa et particulièrement les hôpitaux du réseau 7a, ne font pas tout à fait cas des difficultés qui existent actuellement à Ottawa. Ces conclusions sont importantes. Par exemple :

- Le nombre de lits pour soins de longue durée et continus, affections subaiguës, réadaptation et santé mentale a été déterminé par la CRSS selon l'application d'une formule de population repère dans toute la province. Des lits de soins pour malades chroniques ont été supprimés à Ottawa, dont la fermeture de lits à l'HQC et à l'Hôpital des Sœurs de la Charité, parce qu'Ottawa comptait un nombre disproportionné de lits comparés aux autres collectivités de l'Ontario. Trois ans plus tard, l'Hôpital d'Ottawa et l'HQC subissent une surcharge de malades ANS pour lesquels des lits de soins de longue durée ne sont pas disponibles et ne le seront pas pour encore au moins un an. Ces malades ANS sont une des causes du problème d'accessibilité aux soins à Ottawa. L'HQC a fermé ses lits de soins pour malades chroniques avant le remplacement de ces lits à Ottawa (conformément aux directives de la CRSS), créant ainsi certaines des difficultés au titre des ANS.

- Le conseil et la haute direction de l'HQC, de même que le comité exécutif mixte du WOVN, ont décidé qu'il fallait accroître la capacité de l'HQC pour faire face à la nouvelle situation. Le Ministère a, dans ce cas seulement, approuvé l'expansion recommandée par la CRSS. Il est clair que cette expansion ne répondra pas entièrement aux exigences de l'HQC en matière de capacité dans son secteur, ni à celles du réseau 7a. En attendant, les problèmes de l'HQC continuent. Un plan modifié comprenant de nouvelles directives pour le WOVN doit parvenir au Ministère le 31 mars 2001.

Nous nous soucions du fait que les discussions en cours au sujet de liens plus étroits avec les hôpitaux voisins quant à l'aiguillage, et les attentes de transfert d'une partie de la clientèle primaire et secondaire de l'Hôpital d'Ottawa à l'HQC ne sont pas faisables compte tenu de la capacité actuelle et de celle planifiée.

Croissance non gérée de l'activité à l'HQC

Dans le chapitre précédent, nous avons parlé de croissance de l'activité à l'HQC due à une escalade de la demande de services qui semble ne pas avoir été maîtrisée. Même si la plupart de la demande visait le service d'urgence (actuellement un chiffre sans précédent, soit 82 % de malades hospitalisés sont admis par l'urgence), la réponse à la demande n'a fait l'objet ni d'une évaluation de l'incidence des services ajoutés, ni d'une réévaluation des services dispensés actuellement. Par exemple, à mesure que les difficultés s'accumulaient à l'urgence, il aurait fallu examiner les services dont la prestation n'est pas critique à un service d'urgence.

En outre, de nouveaux médecins ont été engagés sans une étude approfondie des conséquences qui aurait déterminé l'incidence des nouveaux candidats sur les coûts. Une analyse de l'incidence est menée quand un médecin doit être remplacé ou quand il s'agit d'en engager un nouveau, mais une évaluation de l'effet réel des nouveaux médecins en comparaison de l'analyse de l'incidence n'a pas été faite. En plus, rien n'a été fait concernant les programmes et services non indispensables à un surcroît de travail au service d'urgence.

Même si cette augmentation de l'activité est attribuée à la croissance de la population et de la demande qui s'ensuit, le nombre de médecins et de spécialités a grandement contribué à cette augmentation. Il faut absolument tenir compte de l'équilibre de la capacité dans le processus d'approbation de tout nouveau médecin ou la prestation de tout nouveau service.

Conclusions

Voici nos conclusions de l'examen du processus de gestion à l'HQC :

- le conseil et les représentants régionaux du Ministère doivent établir de nouvelles règles de base pour des relations de travail constructives et proactives entre le conseil et le Ministère;

- le conseil et le Ministère doivent se mettre d'accord sur le niveau d'activité de l'Hôpital afin de déterminer le financement de base à l'avenir;

- une fois que l'issue de l'examen sera réglée et que l'organisme progressera, le conseil devra accepter, par résolution, sa responsabilité au titre de l'établissement et du maintien d'un budget équilibré;

- il est impératif de se pencher sur les initiatives actuelles de planification approuvées dans le contexte des exigences actuelles et futures en matière de services et dans le contexte d'un rôle pertinent de l'HQC dans la région de l'Outaouais;

- il est également impératif d'entreprendre une étude détaillée de toutes les initiatives de planification, des priorités et des coûts pour assurer leur faisabilité en fonction du financement accordé, des échéances fixées et des ressources disponibles, pour mener à bien les initiatives de planification;

- une fois confirmé le rôle de l'HQC, on peut commencer à résoudre les problèmes financiers actuels. Nous ne pensons pas qu'un plan de redressement puisse être dressé, tant que la question du rôle n'est pas résolue;

- il faut trouver d'autres solutions concrètes pour satisfaire les besoins des malades ayant besoin d'un autre niveau de soins, qui entravent la prestation de soins actifs et masquent le véritable problème posé par le nombre de lits à l'HQC;

- le conseil doit adopter un processus de développement pour mieux comprendre les questions de gestion financière et de planification et inciter la haute direction à le mettre régulièrement au courant et à fournir les renseignements nécessaires faisant preuve de responsabilisation financière dans la gestion de l'Hôpital.

LE WEST OTTAWA VALLEY NETWORK (WOVN)

Il y a plusieurs années, un groupe d'hôpitaux a formé l'Alliance des hôpitaux de l'Outaouais. Les membres comprenaient l'Hôpital Queensway-Carleton et les hôpitaux d'Arnprior, de Kemptville et de Carleton Place. L'objectif principal de l'Alliance était de trouver des modes de collaboration dont tout le monde pourrait profiter. Voici quelques-unes des initiatives entreprises :

- un régime commun d'avantages sociaux qui a fait économiser environ 100 000 $ aux établissements;
- un service régional de laboratoire qui sert maintenant d'exemple à l'initiative du laboratoire régional de l'Est de l'Ontario;
- des services d'intendance;
- des services relatifs aux installations;
- des services de buanderie;
- un programme conjoint d'oxygène à domicile;
- un programme de test de densité osseuse.

La CRSS s'est basée sur le concept et l'expérience de cette Alliance dans ses recommandations aux réseaux ruraux et du Nord. À l'origine, la CRSS recommandait un réseau de huit hôpitaux dans la région de l'Outaouais. Il s'agissait de l'Hôpital d'Ottawa comme hôpital C (centre d'aiguillage) et des hôpitaux d'Almonte, d'Arnprior, de Carleton Place, de Kemptville, de Hawkesbury, de Winchester, de Perth et de Smiths Falls. L'Hôpital Queensway-Carleton n'en faisait pas partie. Très rapidement, ce groupe a été divisé en deux réseaux (7a et 7b). Les hôpitaux de Hawkesbury, Winchester, Perth/Smiths Falls et d'Ottawa ont été incorporés à d'autres réseaux et l'HQC s'est retrouvé avec ses partenaires de l'Alliance dans le réseau 7a. L'Hôpital Queensway-Carleton était destiné à être l'hôpital C du réseau. Quand les réseaux ont été établis, la CRSS a demandé aux hôpitaux de soumettre des plans expliquant comment ils comptaient réduire les coûts. Ces rapports ont été soumis à l'automne 1999.

Malheureusement, le processus de planification du réseau 7a a été interrompu à la dernière minute et l'hôpital d'Almonte s'en est retiré. Comme le réseau devait se former selon une formule tout à fait volontaire, aucune démarche n'a été entreprise pour ramener l'hôpital d'Almonte, même si officiellement il fait toujours partie du réseau 7a.

Les initiatives de planification du réseau entendaient consolider les services administratifs et dresser un plan spécifique pour les services cliniques. Un plan stratégique du réseau est en phase finale d'élaboration.

Même si au premier coup d'œil ces plans semblent détaillés et proactifs, nous nous demandons s'ils sont réalisables.

- L'aiguillage actuel des médecins est contraire aux modèles planifiés d'aiguillage du réseau. S'attendre à ce que ces modèles d'aiguillage changent pour se conformer à l'initiative du réseau est plus difficile que l'on croit. Par exemple :
  - la haute direction de l'HQC se penche sur la possibilité d'un service d'aiguillage en radiologie à l'hôpital d'Arnprior. Le WOVN prévoit un tel plan dans ses initiatives, soit intégrer les services au sein de l'ensemble du réseau. Toutefois, l'hôpital d'Arnprior fait actuellement appel aux services des radiologues de l'Hôpital d'Ottawa;

- les chirurgiens orthopédiques de l'HQC se déplacent pour dispenser leurs services à l'hôpital de Pembroke. Des hôpitaux du réseau 7a, comme celui de Kemptville, bénéficient actuellement de très bons services d'aiguillage en orthopédie en provenance des hôpitaux de Perth et de Smiths Falls;
- l'HQC n'offre que peu ou pas de soutien clinique à ses partenaires du réseau en raison de problèmes de capacité. Plusieurs de ces partenaires ont plutôt recours à l'Hôpital d'Ottawa.

- Les activités relatives à la mise sur pied d'un modèle de services administratifs et de soutien clinique consolidés sont très dynamiques. Un document expliquant le modèle de relations a été conçu, mais une décision n'a pas encore été prise à savoir si le modèle servira pour des services partagés à but lucratif ou non lucratif. La mise en place d'une fonction intégrée de ressources humaines est en cours. L'échéancier de l'initiative d'intégration des services administratifs revêt une importance capitale, étant donné le rôle primordial que l'HQC jouera dans ce processus et ses nombreuses autres priorités.

- Le plan stratégique du réseau est presque terminé et comprend un plan d'intégration des services cliniques. Comme nous l'avons souligné ci-dessus, nous ne savons pas si toute intégration est réalisable tant que la question des modèles d'aiguillage n'est pas réglée.

- Les changements aux installations physiques de l'HQC n'entendent pas résoudre les problèmes d'aiguillage du réseau. À ce propos, un plan séparé est en cours de préparation.

Un chef responsable de la mise en œuvre et de l'intégration a été nommé pour préparer les plans de services administratifs et diagnostiques du réseau. Cette personne est en train de s'acquitter rapidement de son mandat. Nous nous demandons à quel point la haute direction de l'HQC est engagée dans ce travail et pourquoi ce processus semble avoir priorité sur les exigences locales en matière de planification.

Conclusions

L'initiative du WOVN représente un effort sincère et enthousiaste visant à accorder un rôle prépondérant d'aiguillage à l'HQC et à appuyer la viabilité de tous les autres hôpitaux du réseau. Toutefois il faut repenser l'opportunité de ce travail. Le conseil doit :

- immédiatement demander au directeur général une évaluation des ressources (humaines et financières) nécessaires pour poursuivre les initiatives du WOVN et les comparer aux besoins immédiats de planification de l'Hôpital;

- songer à retarder l'intégration des services financiers jusqu'à ce que l'Hôpital recouvre sa santé financière ou qu'il la maîtrise;

- demande une réunion prioritaire avec le Ministère pour traiter de la possibilité d'élargir le processus de planification des immobilisations à l'Hôpital en rapport avec son rôle prévu quant aux cas primaires et secondaires du réseau 7a, y compris le secteur immédiat et la possibilité de déverser des cas de l'Hôpital d'Ottawa. Même si cela a déjà fait l'objet d'une demande et devrait avoir lieu d'ici mars 2001, l'issue de cette réunion comptera dans tout plan de redressement et doit avoir lieu le plus tôt possible afin qu'un plan détaillé de redressement financier puisse être établi.

PRINCIPES DE GESTION – HAUTE DIRECTION

La haute direction de l'Hôpital Queensway-Carleton essaie encore de trouver un terrain d'entente pour les opérations journalières. La haute direction est toute nouvelle; seulement deux personnes sont dans l'établissement depuis plus de deux ans.

La fonction de gestion et de direction

Les hôpitaux sont parmi les organismes les plus complexes et les plus difficiles à gérer efficacement. Ce qui distingue les établissements qui réussissent sur le plan financier, opérationnel et clinique, c'est leur capacité d'agir rapidement, de maintenir un niveau élevé et dynamique de motivation en matière de succès, et d'assurer la loyauté et l'engagement envers la mission de l'organisme. Si l'énoncé de vision n'est pas clair, ou si la confiance fait défaut quant à la vision et à l'engagement solide de la haute direction, l'établissement flanchera.

Le seul élément qui caractérise toujours les organismes prospères, c'est l'aptitude et l'attitude de la haute direction. Un facteur clé consiste à assurer un équilibre entre les différentes influences auxquelles tout hôpital doit faire face : les exigences de la collectivité, les exigences du personnel médical, les attentes du conseil et les ressources financières accordées pour répondre à ces exigences concurrentes.

L'équipe de direction éprouve des difficultés à maintenir cet équilibre, pour les raisons suivantes :

- l'équipe est nouvelle et ne fonctionne pas encore tout à fait comme un tout. Malgré des remarques positives de la part l'équipe de sondage sur l'accréditation, l'année dernière, l'équipe de la direction de l'Hôpital Queensway-Carleton manque de cohésion. Il faut un style et un processus de gestion uniforme;

- l'équipe remplace une haute direction au long passé stable et dont la vision et le cheminement étaient connus et compris dans tout l'établissement. La vision et la motivation de l'équipe actuelle ne sont pas connues des cadres moyens. Par conséquent, la confiance envers les cadres supérieurs vacille depuis deux ans;

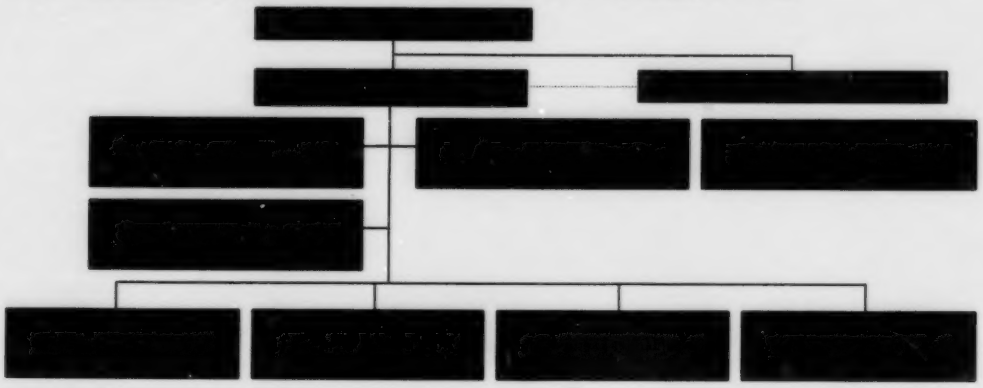
- en outre l'équipe est arrivée à un moment où l'Hôpital connaissait des changements sans précédent. La capacité de ses membres de gérer et d'effectuer ces changements est constamment contestée.

Des initiatives récentes ont été prises pour régler ces questions et bâtir une base plus solide pour les cadres supérieurs. Cela prendra du temps, au moins jusqu'à ce que deux postes de vice-présidents soient comblés et que l'équipe fonctionne pleinement.

Organisation de la haute direction

Le tableau 13 présente l'organigramme actuel de la haute direction de l'HQC.

Tableau 13
Structure actuelle de la haute direction à l'Hôpital Queensway-Carleton



En général, cet organigramme est conforme aux structures organisationnelles des hôpitaux de même envergure. De légères modifications à cette structure pourraient la rendre plus fonctionnelle :

- il existe des inconsistances entre la fonction de vice-président, services hospitaliers, diagnostiques et informatiques, et celle de chef de l'information qui relève du directeur général. Aujourd'hui, la plupart des hôpitaux ont créé un poste de cadre responsable de l'ensemble de la gestion de l'information, y compris :

  - les services informatiques;
  - les dossiers médicaux;
  - la gestion de l'utilisation;
  - l'inscription des malades;
  - l'admission;
  - les communications et le standard téléphonique;
  - les services de bibliothèque.

Éventuellement, tous les services d'information devraient relever d'une seule personne.

- La relation hiérarchique entre le chef du personnel et le conseil présente un certain danger pour l'Hôpital. Un conseil ne doit avoir qu'un « employé » et la relation hiérarchique double avec le conseil ne peut fonctionner que si le chef du personnel et le directeur général jouissent d'un rapport hiérarchique très positif. C'est le cas à l'Hôpital. Néanmoins, le conseil doit constamment faire des compromis. Le rôle de chef du personnel consiste à s'occuper de questions médicales relevant de l'administration et de la gestion des soins cliniques. À ce rôle peut s'ajouter la fonction des services diagnostiques, mais cela dépend surtout du temps à y consacrer et de la rémunération que le titulaire du poste peut recevoir.

- Le poste de planification reste à combler. Il est inquiétant de voir que personne n'occupe ce poste alors que l'Hôpital est en pleine mutation. L'ampleur de la planification en cours relève de toute la haute direction, mais il faudrait une personne qui s'occupe en particulier de la planification opérationnelle et qui travaille en étroite collaboration avec la haute direction. Les problèmes survenus lors du transfert du service de maternité-néonatologie reflètent un manque de planification méticuleuse. L'Hôpital a signé un contrat avec un planificateur chargé « des pierres et des murs », mais son rôle est assez différent de celui d'un planificateur chargé du processus de planification opérationnelle d'un grand projet. Étant donné l'importance capitale de la fonction de planification dans les années à venir, ce poste doit être attribué à une personne spécifique, peut-être avec un contrat de deux ans ou plus. Pendant la durée du contrat, le poste doit relever du directeur général. Au terme de cette période, cette fonction peut faire partie du portefeuille du vice-président aux finances. Par ailleurs, une personne contractuelle ne peut pas se charger du processus de planification au nom de la haute direction. Il faut accorder de façon urgente une attention particulière à cette fonction.

- Le poste de vice-président aux finances est vacant et fait l'objet de discussions quant à la possibilité d'en faire un poste intégré pour les hôpitaux du réseau 7a. Un vice-président aux ressources humaines vient d'être engagé pour la gestion des ressources humaines de tous les hôpitaux du réseau. Par conséquent, cette fonction ne fera plus partie de ce portefeuille. Selon l'issue de ce processus, le vice-président aux finances pourrait devenir responsable des services hôteliers.

- Le poste de directeur des relations publiques est un poste d'assistance au directeur général en liaison hiérarchique. L'organigramme devrait l'indiquer, plutôt que de le mettre au même niveau fonctionnel que les vice-présidents.

L'objectif du présent examen ne consiste pas à recommander des changements spécifiques à la structure organisationnelle de l'Hôpital. Toutefois, certaines questions soulevées ci-dessus revêtiront une importance particulière dans une organisation face à un programme d'expansion majeur et à un processus de redressement financier.

Processus de planification

En général, dans les hôpitaux, le processus de planification comprend quatre étapes :

- **planification directionnelle** - énonçant les objectifs visés pour l'avenir (en général de trois à cinq ans);

- **planification stratégique** - indiquant les stratégies à adopter pour faire évoluer l'organisme;

- **planification opérationnelle** - énonçant des initiatives tactiques pour chaque année. Ces plans font en général partie du processus annuel d'établissement du budget d'exploitation et des immobilisations;

- **planification générale** - énonçant le plan relatif aux installations tenant compte des orientations futures.

Ces étapes de planification se produisent d'abord au niveau organisationnel, puis des processus semblables sont introduits dans chaque grand service afin que la prestation dans chaque domaine fonctionnel (ou programme) soit conforme au plan général de l'organisme.

Planification institutionnelle

Des processus de planification inefficaces ont causé de nombreuses difficultés opérationnelles dans l'Hôpital. Le conseil a entrepris une étude stratégique des programmes au printemps de cette année. Cependant, cette démarche comportait trois grands défauts :

- la publication des programmes d'hôpitaux C+ par le Ministère est devenue le point de mire de l'examen et a entraîné un statu quo, et en réalité a accru la demande de services considérés comme n'ayant pas suffisamment de disponibilité. Personne ne s'est penché sur le fait que certains hôpitaux n'avaient pas la capacité de répondre à cette hausse de la demande;

- l'étude n'a pas été menée dans le contexte de la situation financière de l'Hôpital. Même si l'on a abordé la question des restrictions, le personnel médical a joué un rôle prépondérant dans le processus et montrait de la réticence à éliminer des services. Il était plutôt prêt à restreindre l'accès de médecins, c'est-à-dire à partager le fardeau des réductions, plutôt qu'à éliminer des programmes ou des services. Il s'agit peut-être d'une stratégie efficace pour ce groupe de médecins ou pour une période brève, mais cela n'offre pas de solution permanente aux pressions ressenties à l'Hôpital;

- nous nous soucions du fait que la réflexion sur le rôle d'un hôpital C (ou C+) dans le cadre de la planification conjointe avec le WOVN risque de distraire l'attention de la haute direction et de lui faire oublier les problèmes pressants de l'Hôpital.

Comme nous l'avons déjà dit, la clé d'une planification efficace pour l'établissement consiste à pousser la haute direction à s'attribuer de plus grandes responsabilités concernant le processus de planification, et d'y prendre une part active. L'organisme a déjà entrepris des démarches pour améliorer les processus de soutien en matière de planification et de prise de décision. Ces améliorations du processus de planification sont urgentes.

Planification des services

L'absence d'un plan stratégique détaillé pour l'organisme a des effets sur le processus de planification des divers services :

- un plan stratégique de TI de haut calibre a été dressé pour l'Hôpital en 1999, mais le processus a ensuite été élargi pour inclure la planification du WOVN. Les besoins hautement prioritaires de l'Hôpital, très en retard dans son processus de développement de la TI, ont été repoussés pour laisser la place aux plans du WOVN. Cela a placé l'Hôpital dans une situation difficile face à ses besoins en informatique;

- les décisions sur de nombreuses initiatives nouvelles sont prises de manière ponctuelle, sans consulter suffisamment, ni analyser en détail l'incidence, ni considérer l'ensemble. On continue à engager de nouveaux médecins à l'Hôpital sans l'aide d'analyses de l'incidence. Même quand une analyse de l'incidence est préparée pour un « poste vacant », il faudrait la mettre à jour pour y inclure les détails d'une candidature particulière;

- les problèmes de salles d'opération auraient pu être évités si l'hôpital avait effectué une meilleure analyse de l'incidence, une meilleure gestion des listes d'attente et un meilleur ordonnancement;

- la planification des installations concerne les « pierres et les murs » et non l'exploitation. Le service de maternité-néonatologie n'a pas fait l'objet d'une planification détaillée et nous nous demandons si un tel manque d'attention aux détails ne créera pas encore plus de problèmes à la prochaine phase de l'expansion. Nous savons qu'un planificateur va bientôt être engagé pour assumer cette responsabilité.

Planification opérationnelle et établissement du budget

Le processus de budgétisation a toujours émané du service des finances. Tant que le financement ne posait pas de problèmes et que l'activité était stable, ce procédé était acceptable. Depuis quelques années, la budgétisation est plus associative; on demande aux chefs de service de donner des renseignements concernant la charge de travail et les fournitures. Toutefois, ils reçoivent peu de réaction sur les renseignements fournis à la haute direction. Les chefs de service sont mis au courant des changements budgétaires grâce aux rapports d'écart, une fois le budget mis en œuvre.

Le budget de 2000-2001 n'a été établi qu'en juillet 2000 en raison de problèmes de mise en place du nouveau système financier. Un nouveau système de rapport d'écart a été mis au point en septembre 2000. Il s'agit des premiers rapports de rendement de l'exercice reçus par les chefs de service. Les difficultés éprouvées cette année au plan de la présentation des rapports, conjuguées au déficit significatif qui s'est accumulé, posent de graves problèmes aux chefs de service qui se demandent s'ils seront en mesure d'améliorer le rendement financier.

Un système de contrôle des postes pour mieux déceler les besoins en dotation de personnel et gérer les budgets pourrait améliorer le processus de budgétisation.

Communications et liens hiérarchiques

Le bon fonctionnement d'un organisme dépend en grande partie de communications fréquentes et claires dans les deux sens. Même si en général les renseignements au sujet des décisions concernant l'Hôpital sont bien transmis, la communication cruciale entre les chefs de service et la haute direction laisse à désirer.

Voici quelques exemples de problèmes de communication entre la haute direction et les chefs de service :

- la transmission de messages contradictoires entre les exigences des médecins et les limites auxquelles l'Hôpital doit se conformer. La pression créée par les demandes des médecins et auxquelles l'Hôpital a accédé mène les cadres à croire que la haute direction n'arrive pas à prendre de décisions difficiles;

- la perception selon laquelle la haute direction fonctionne « indépendamment » des chefs de service, ne les mêle pas aux discussions touchant leurs domaines et les met devant des faits accomplis.

L'environnement plus stable des équipes antérieures de haute direction portait à croire que l'Hôpital était efficace et capable de prendre des décisions difficiles. Le remplacement de l'équipe antérieure et l'arrivée de la nouvelle équipe, ont coïncidé avec des défis de taille des plus difficiles dans les 24 ans d'existence de l'Hôpital.

Dans de tels moments, la communication doit être claire et les chefs de service ont besoin d'être rassurés et de savoir que la haute direction maîtrise la situation. L'établissement de relations plus constructives entre ces deux groupes de gestion doit occuper une place prioritaire dans le processus de planification du redressement. Nous constatons que ce processus a déjà été amorcé par les chefs de service avec le début du processus de renouveau organisationnel.

Conclusions

La haute direction doit régler d'importantes questions de gestion pour pouvoir progresser.

- Il est essentiel que l'Hôpital adopte un excellent processus de planification :

- le directeur général doit confirmer la responsabilité de tous les cadres supérieurs dans le processus de planification et veiller à ce que quelqu'un assume le leadership de la responsabilité opérationnelle de la planification à l'Hôpital;
- le directeur général doit veiller à ce que toutes les phases de la planification fassent l'objet d'une grande attention, à l'appui des projets d'expansion et des nouvelles initiatives des services.

- La planification parallèle du WOVN doit être intégrée à la planification en cours et modifiée en termes de portée et d'échéancier jusqu'à ce que le rôle de l'Hôpital soit approuvé et confirmé.

- Les processus de planification opérationnelle et d'établissement du budget doivent être actifs malgré le processus d'examen externe.

- Le directeur général doit immédiatement se pencher sur les tensions dans les rapports hiérarchiques entre la haute direction et les chefs de service de l'établissement.

- Le processus de redressement qui est en cours de planification doit tenir compte des priorités en matière de changement du processus de gestion et de leadership; il doit s'agir d'une condition essentielle à la création d'un esprit d'équipe dans l'établissement.

ORGANISATION DU PERSONNEL MÉDICAL

La structure organisationnelle du personnel médical dénote une structure traditionnelle avec tous les comités afférents en place. Des chefs sont nommés pour chaque service. Le chef du personnel est à la tête du Comité consultatif médical (CCM). Les comités sont bien structurés.

Le personnel médical de l'Hôpital a connu plusieurs années de stabilité, sans problèmes de financement et avec une croissance relativement constante. Le calendrier de la salle d'opération qui essaie d'être juste envers tous les chirurgiens en est une preuve manifeste. Ce genre de relations de travail entre les médecins est unique et a permis à l'établissement de maintenir d'assez bonnes relations avec le personnel médical.

Le processus de planification de la dotation en médecins doit être repensé. Par exemple, la planification récente pour le service d'obstétrique et de gynécologie a débouché sur l'établissement d'un plan prévoyant un nombre spécifique de médecins tenant compte des préférences en matière de pratique et du nombre prévu d'accouchements pour chaque obstétricien. En outre, bien que l'augmentation du nombre de médecins au cours des deux dernières années ait taxé les ressources, le recrutement de nouveaux médecins, assorti de conditions comme « pas de nouveau temps en bloc opératoire » ou « pas de changement du volume par rapport au médecin remplacé » ne peut être que temporaire.

Des analyses d'incidence sont effectuées pour tout nouveau médecin, programme ou acte. Dans certains cas l'analyse d'incidence se fait pour un poste vacant si un candidat n'a pas encore été recruté, mais les détails ne sont pas toujours mis à jour une fois que le poste a été comblé. Ces analyses ne sont pas aussi minutieuses qu'elles devraient l'être pour vraiment saisir l'effet du travail d'un nouveau médecin sur l'établissement. En plus, on n'évalue pas toujours l'incidence du travail des nouveaux médecins dans le but de comparer les actes planifiés et les actes accomplis. Le transfert du service de maternité-néonatologie et de gynécologie de l'Hôpital Grace a été effectué il y a un an, c'est là une occasion idéale pour se pencher sur cette question.

Le personnel médical a exercé une bonne influence sur le conseil en ce qui a trait aux questions médicales, parfois au détriment du contrôle financier. L'influence du personnel médical a grandement évolué avec les nouvelles réalités financières. Des procédés d'administration médicale plus rigoureux doivent faire partie du plan de redressement. Plutôt qu'un processus de planification dirigé par les médecins, l'Hôpital doit mettre au point un processus de planification axé sur les besoins. On évitera ainsi un problème crucial, source de la plupart des difficultés que connaît l'Hôpital aujourd'hui, soit un trop grand nombre de médecins par rapport aux ressources et à l'espace physique disponibles.

Conclusions

Le personnel médical assistera à un bouleversement des processus au cours de la prochaine année.

- Le directeur général et le chef du personnel doivent établir un processus de planification de dotation en personnel médical qui tienne compte des besoins de la collectivité et des ressources disponibles et qui soit accompagné d'analyses de l'incidence des candidats minutieuses, dont les coûts seront calculés et qui seront présentées au conseil, aux fins d'approbation.

- Les chefs des services recevant un nouveau médecin ou un nouveau programme doivent jouer un rôle actif et officiel dans le cadre du processus de planification de la dotation en personnel médical.

- Le conseil doit se réunir plusieurs fois avec le personnel médical afin que celui-ci comprenne et soutienne les changements que l'Hôpital doit subir pour arriver à un budget équilibré.

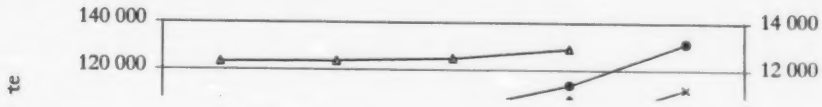
Rendement clinique

L'examen du rendement clinique s'est limité surtout aux questions d'exploitation, car les discussions sur les coûts par cas pondéré sont présentées dans l'examen financier. Ce chapitre fait part des résultats de l'examen du rendement clinique.

TENDANCES EN MATIÈRE D'ACTIVITÉ

L'Hôpital connaît une croissance constante depuis cinq ans. Le tableau montre les courbes du volume de cas pondérés pour l'HQC et les hôpitaux cohortes.

Tableau 14
Courbes du volume de cas pondérés pour l'Hôpital Queensway-Carleton et les hôpitaux cohortes entre 1995-1996 et 1999-2000



UTILISATION CLINIQUE

L'Hôpital a relevé le défi de maximiser l'utilisation de ses lits en réaction aux pressions ressenties dans le service d'urgence.

Cas NPH

Le nombre de cas ne nécessitant pas d'hospitalisation (NPH) a baissé à l'Hôpital comme dans tous les hôpitaux de la province. Toutefois, l'Hôpital a réagi tardivement à ce phénomène. Le tableau 15 indique la baisse de cas NPH et des durées de séjour NPH. Le tableau montre également que l'Hôpital n'a réagi à cette tendance que dernièrement.

Tableau 15
Pourcentage de cas et jours NPH par rapport au nombre total de cas à l'HQC et dans les hôpitaux cohortes

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
Cas HQC	11,8 %	9,8 %	10,7 %	9,3 %	6,3 %
Cas cohortes	9,1 %	7,3 %	7,2 %	6,1 %	S/O
Jours HQC	5,3 %	5,1 %	6,4 %	6,0 %	3,2 %
Jours cohortes	4,9 %	4,0 %	4,0 %	3,6 %	

** Les données de 1999-2000 pour les hôpitaux cohortes ne sont pas disponibles.*

Les hôpitaux cohortes avaient moins de cas que l'HQC pendant l'année 1998-1999. L'HQC a connu une diminution marquée du nombre de cas et de jours qui sera égale au rendement repère en 1999-2000 ou proche.

Durée de séjour

Le tableau 16 indique la durée moyenne de séjour à l'HQC et dans les hôpitaux cohortes au cours des cinq dernières années. La durée de séjour a été rajustée en fonction de la composition des cas, de la complexité et de l'âge, et n'inclut que les cas types (ne comprend pas les autres cas, comme les malades ANS).

Tableau 16
Tendances en matière de durée de séjour (DDS) à l'HQC et dans les hôpitaux cohortes

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
DDS moyenne – HQC	5,96	6,38	6,38	6,17	4,91
DDS moyenne – cohortes	5,62	6,00	5,66	5,44	6,01
Différence en jours par cas	0,34	0,38	0,72	0,73	(1,10)

L'Hôpital avait une durée moyenne de séjour plus longue que celle des hôpitaux cohortes jusqu'à l'année dernière. Il a pris des mesures en se servant des données InterQual et d'autres

procédés de gestion des lits afin de diminuer la durée de séjour de malades spécifiques ayant besoin de soins actifs, car le nombre de malades ANS a augmenté. La répartition de la durée de séjour par niveau de soins est présentée au tableau 17. La durée de séjour a été rajustée en fonction de la composition des cas, de la complexité et de l'âge.

Tableau 17
Durée de séjour par niveau de soins à l'HQC et dans les hôpitaux cohortes pour 1998-1999 et 1999-2000 (cas typiques seulement)

	1998-1999	1999-2000	Différence entre 1998-1999 et 1999-2000
DDS primaires – HQC	4,52	3,06	(1,46)
DDS primaires – cohortes	4,05	4,20	0,15
Différence en jours	**0,47**	**(1,14)**	
DDS secondaires – HQC	7,85	6,61	(1,24)
DDS secondaires – cohortes	6,85	8,07	1,22
Différence en jours	**1,00**	**(1,46)**	
DDS tertiaires – HQC	7,91	9,00	1,09
DDS tertiaires – cohortes	6,97	7,65	0,68
Différence en jours	**0,94**	**1,35**	

L'Hôpital a clairement fait des efforts pour réduire la durée moyenne de séjour des cas primaires et secondaires, et a été plus dynamique concernant ces cas que les hôpitaux cohortes. En même temps, la durée de séjour des cas tertiaires a augmenté de plus d'une journée. Cette augmentation est principalement due à l'arthroplastie (genou et hanche) et aux services de psychiatrie. L'équipe de gestion de l'utilisation de l'Hôpital examine en ce moment des programmes spécifiques pour la durée de séjour des cas tertiaires. Ce groupe connaît des difficultés parce que le nombre de lits pour malades se remettant d'une arthroplastie est limité.

Dans l'ensemble, on ne voit pas comment diminuer le nombre de jours d'hospitalisation. Nous encourageons l'équipe de gestion de l'utilisation à continuer.

GESTION DE L'UTILISATION

La gestion de l'utilisation donne de bons résultats à l'Hôpital. En 1998, un sondage sur la gestion de l'utilisation mené par le ministère de la Santé et l'Association des hôpitaux de l'Ontario a accordé 230 points sur 250 à l'Hôpital pour ses procédés de gestion de l'utilisation. L'Hôpital était en tête de la région 2 de l'AHO et parmi les 10 premiers dans toutes les régions.

L'Hôpital a investi des ressources importantes pour utiliser InterQual comme moyen parallèle d'examiner les processus de soins. L'outil InterQual a fait son entrée en 1997. Cet outil a été testé en 1988 sur un vaste échantillonnage et comprenait un modèle de gestion des cas; en 1999, tout l'Hôpital se servait d'InterQual. L'équipe d'utilisation clinique se sert d'InterQual et d'autres méthodes comme CareMaps et de la gestion des cas pour surveiller et gérer l'utilisation plus efficacement. Le comité a fait plusieurs recommandations concernant l'amélioration de l'utilisation, dont une politique d'aiguillage d'urgence, un procédé

d'intervention quand l'affectation du médecin le plus responsable n'est pas claire, et des processus de gestion des soins visant à diminuer le nombre de réadmissions.

L'Hôpital a grandement bénéficié de l'utilisation d'InterQual. La surveillance active des admissions, surtout à l'urgence, a permis de veiller à ce que tout patient admis soit hospitalisé. En outre, la surveillance active et en temps réel des cas a amélioré la coordination des soins et facilité la mise en congé des malades guéris.

Le processus de gestion de l'utilisation a permis d'atteindre de nombreux objectifs, dont la réduction de la durée de séjour. Voici quelques-uns de ces objectifs :

- la justification de l'admission des malades est passée de 84 % en 1998 à 94 % aujourd'hui;
- la justification de la durée de séjour qui s'ensuit est passée de 67 % en 1998 à 74 % en 1999.

Dans l'ensemble, le processus de gestion de l'utilisation fonctionne très bien à l'Hôpital. Par ailleurs, on continue d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la gestion des soins.

Conclusions

À l'Hôpital, les processus d'utilisation clinique s'améliorent constamment. À l'avenir :

- l'HQC devrait continuer d'appliquer activement les procédés de gestion de l'utilisation clinique;
- l'HQC devrait se concentrer sur l'amélioration du rendement des cas tertiaires spécifiques relativement à la durée de séjour.

Exploitation des services

Dans un des chapitres précédents du présent rapport, nous avons relaté les lacunes dans l'exploitation des services à l'Hôpital Queensway-Carleton. Nous avons aussi souligné notre conviction qu'une fois les dépenses exceptionnelles comptabilisées séparément du budget d'exploitation, en deux ans l'établissement reviendra à un coût réel par cas pondéré qui sera moindre que le coût escompté par cas pondéré. Comme plusieurs questions de planification qui ont déjà été discutées sont devenues le point de mire du présent examen, nous insisterons moins sur l'examen de l'exploitation des services. En particulier :

- plusieurs problèmes touchant l'exactitude des données et des rapports laissent douter de toute opinion, basée sur ces données, quant à l'efficacité de l'établissement;

- les chefs de service ont, à plusieurs reprises, montré qu'ils comptaient sur leur propre examen de l'efficacité en se basant sur leurs propres repères. Dans l'ensemble, nous sommes impressionnés par la qualité et la compétence des chefs de service.

Dans ce chapitre nous traiterons des résultats de l'analyse des tendances et des comparaisons avec des établissements repères pour certains services.

FLUCTUATION GLOBALE DES DÉPENSES

Le tableau 18 indique la fluctuation des dépenses nettes dans les services principaux entre 1996-1997 et 1999-2000.

Tableau 18
Fluctuation des dépenses nettes entre 1996-1997 et 1999-2000 à l'Hôpital Queensway-Carleton

Description	Dépenses nettes 1995-1996	Dépenses nettes 1996-1997	Dépenses nettes 1997-1998	Dépenses nettes 1998-1999	Dépenses nettes 1999-2000	Écart par rapport à 1998-1999	Pourcentage de changement par rapport à 1998-1999
Soins infirm. hosp.	11 253 676	10 566 642	10 765 937	11 916 916	15 249 724	3 332 808	28,0 %
Soins ambulatoires	5 206 039	5 191 244	5 411 608	5 749 966	6 372 334	622 368	10,8 %
Chirurgie - hospit.	3 833 786	3 345 941	3 280 581	3 697 102	5 147 167	1 450 065	39,2 %
Admin. Soins infirm.	534 939	454 532	369 700	463 428	768 134	304 706	65,8 %
Diagn. et thérap.	9 808 765	9 308 088	9 969 436	10 837 109	11 818 596	981 487	9,1 %
Services alimentaires	1 559 571	1 701 757	1 686 111	1 633 452	1 923 106	289 654	17,7 %
TOTAL - COÛTS DIRECTS	32 196 776	30 558 204	31 483 373	34 297 973	41 279 061	6 981 088	20,4 %
Éducation	179 542	181 296	182 074	209 787	179 951	-29 836	-14,2 %
Admin. Et soutien	11 566 302	10 005 423	10 457 558	11 048 157	11 879 693	831 536	7,5 %
Dép. Sélect.-rép. rév.	1 285 380	2 065 939	1 605 230	1 722 807	871 101	-851 706	-49,4 %
Centres de coûts non répartis	-90 892	-67 508	-787 633	-827 624	1 137 637	1 965 261	237,5 %
Total - rajustements	-1 186 111	-18 092	-69 747	-18 390	2 353 927	2 372 317	12 900,0 %
TOTAL NET- FRAIS GÉNÉRAUX	12 940 332	12 185 150	11 457 229	12 153 127	14 068 382	1 915 255	15,8 %
COÛTS NETS	45 137 108	42 743 354	42 940 602	46 451 100	55 347 446	8 896 346	19,2 %
COÛTS NETS avec rajustements	43 950 997	42 725 262	42 870 855	46 432 710	57 701 370	11 268 660	24,3 %
COÛTS directs NETS (rajustés)	31 350 710	30 545 270	31 432 236	34 284 394	43 034 660	8 750 266	25,5 %
Frais généraux NETS (rajustés)	12 600 287	12 179 992	11 438 620	12 148 316	14 666 710	2 518 395	20,7 %

On peut constater que dans l'ensemble, les dépenses étaient assez stables jusqu'à l'année dernière. Nous en avons expliqué la raison dans des chapitres précédents.

SERVICES DE SOINS INFIRMIERS

Les soins infirmiers ont accusé d'importantes augmentations des dépenses. La plupart de ces hausses peuvent être attribuées au transfert du service de maternité et de néonatologie. Le tableau 19 indique la fluctuation des dépenses dans chaque secteur important de soins infirmiers.

Tableau 19
Tendances des dépenses pour soins infirmiers aux malades hospitalisés à l'HQC

	Dépenses nettes 1995-1996	Dépenses nettes 1996-1997	Dépenses nettes 1997-1998	Dépenses nettes 1998-1999	Dépenses nettes 1999-2000	Pourcentage de changement par rapport à 1998-1999
Soins médicaux	3 715 046 $	4 147 995 $	4 347 523 $	6 591 926 $	7 408 418 $	12,3 9%
Soins chirurgicaux	3 767 850 $	2 491 395 $	2 573 737 $	3 034 452 $	3 463 007 $	14,12 %
Soins intensifs	1 168 253 $	1 039 330 $	1 059 139 $	1 185 273 $	1 362 992 $	14,99%
Psychiatrie	1 046 098 $	1 105 458 $	1 015 421 $	1 105 265 $	1 226 650 $	10,98 %
Total – soins hospt.	**9 697 247 $**	**8 784 178 $**	**8 995 820 $**	**11 916 916 $**	**13 461 067 $**	**12,96 %**

*Ne comprend pas les soins obstétriques

La hausse des coûts des soins infirmiers dans les deux dernières années reflète l'incidence de la fermeture de lits pour soins chroniques et l'attention particulière apportée aux soins actifs à cette même période (y compris l'ouverture de lits supplémentaires), qui ont entraîné une hausse du coût des services en 1998-1999 et l'inclusion des coûts de la clinique d'obstétrique en 1999-2000. En outre, entre 1998-1999 et 1999-2000, les augmentations de salaire ont été majorées ce qui montre des coûts supérieurs à ceux des hôpitaux utilisés comme repères en 1998-1999. Cela se traduit par des coûts plus élevés de 3 à 4 % pour l'HQC qui ne devraient pas compter dans l'efficacité.

Comparaison des soins infirmiers en médecine et en chirurgie pour les malades hospitalisés

Le tableau 20 compare le coût des soins infirmiers dispensés aux malades hospitalisés dans les services médicaux et chirurgicaux et celui des hôpitaux cohortes.

Il faut souligner que ce tableau et les autres comparaisons avec les hôpitaux cohortes, sauf pour le service d'urgence, sont basés sur les coûts 1999-2000 pour l'Hôpital Queensway-Carleton et ceux de 1998-1999 pour les hôpitaux cohortes. Cette comparaison a été approuvée par le Comité des données, mais indique des coûts, avant les changements d'activités, plus élevés de 3 à 10 % pour l'HQC que pour les hôpitaux cohortes.

Tableau 20

Comparaison des soins infirmiers aux patients hospitalisés dans les services médicaux et chirurgicaux de l'HQC en 1999-2000 et dans les hôpitaux cohortes en 1998-1999

Nom de l'établissement	Coût par malade par jour	Coût par unité de charge de travail	Unité de charge de travail par malade, par jour
Général de Guelph	179,10 $	51,35 $	3,49
St. Mary's de Kitchener	176,93 $	44,84 $	2,99
Joseph Brant Mem.	162,75 $	46,29 $	3,63
Greater Niagara Gen	170,09 $	51,69 $	3,76
Soldiers' Mem. d'Orilla	179,58 $	42,42 $	3,88
Montfort, Ottawa	156,95 $	47,45 $	3,31
Hôp. Grace de l'Armée du salut de Scarb.	173,55 $	51,69 $	3,36
Gén. St Catharines	145,00 $	42,42 $	3,42
Markham Stouffville	188,70 $	Données non précises	Données non précises
Moyenne	170,29 $	43,24 $	3,48
25^{e} centile	162,75 $	44,84 $	3,34
50^{e} centile	173,55 $	46,29 $	3,45
75^{e} centile	179,10 $	51,35 $	3,66

Cette comparaison est affectée par l'inflation et d'autres hausses des coûts à l'HQC en 1999-2000. La comparaison par rapport à l'année précédente indiquerait des coûts beaucoup moins élevés pour l'HQC, mais toujours dans le 75^{e} centile. Les unités de charge de travail n'ont pas été utilisées à cause des écarts dans les rapports des différents systèmes de mesure des charges de travail. Les raisons pour lesquelles les unités de soins médicaux et chirurgicaux affichent des coûts plus élevés sont, entre autres :

- l'indice de composition des cas à l'HQC est bien plus élevé que dans les hôpitaux cohortes. Cela est aussi confirmé par le nombre d'unités de charge de travail par malade comparé à celui des hôpitaux cohortes;
- la composition des malades comprend une grande proportion de personnes âgées. Ces malades souffrant de maladies chroniques ou se remettant de leur maladie nécessitent plus d'heures de soins relatifs aux activités de leur vie quotidienne;
- la rémunération du personnel cadre est plus élevée.

Dans l'ensemble, la dotation en personnel dans les unités de soins médicaux et chirurgicaux est justifiée en fonction du nombre de malades et des soins à dispenser. Les coûts plus élevés affichés pour ces unités sont conformes au profil des malades dans ces services.

Comparaison des soins infirmiers en obstétrique pour les malades hospitalisés

La comparaison du service d'obstétrique n'est pas pertinente parce que cette unité n'a fonctionné que de décembre à mars en 1999-2000. Le transfert du service de l'Hôpital Grace a été effectué en décembre 1999 et le démarrage a connu beaucoup de problèmes. La dotation en personnel pour ce service est justifiée maintenant que cette phase est passée. Le rendement de cette unité devrait être supérieur d'ici l'année prochaine.

Tableau 20

Comparaison des soins infirmiers aux patients hospitalisés dans les services médicaux et chirurgicaux de l'HQC en 1999-2000 et dans les hôpitaux cohortes en 1998-1999

Nom de l'établissement	Coût par malade par jour	Coût par unité de charge de travail	Unité de charge de travail par malade par jour
Queensway–Carleton	**205,84 $**	**53,91 $**	**3,82**
Général de Guelph	179,10 $	51,35 $	3,49
St. Mary's de Kitchener	176,93 $	44,84 $	3,94
Joseph Brant Mem.	162,75 $	46,29 $	3,51
Greater Niagara Gen.	170,09 $	51,69 $	3,29
Soldiers' Mem. d'Orilla	179,58 $	42,42 $	4,23
Montfort, Ottawa	156,95 $	47,45 $	3,31
Hôp. Grace de l'Armée du salut de Scarb.	173,55 $	51,69 $	3,36
Gén. St Catharines	145,00 $	42,42 $	3,42
Markham Stouffville	188,70 $	Données non précises	Données non précises
Moyenne	170,29 $	43,24 $	3,48
25e centile	162,75 $	44,84 $	3,34
50e centile	173,55 $	46,29 $	3,45
75e centile	179,10 $	51,35 $	3,66
	Supérieur au 75e centile	**Supérieur au 75e centile**	**Supérieur au 75e centile**

Cette comparaison est affectée par l'inflation et d'autres hausses des coûts à l'HQC en 1999-2000. La comparaison par rapport à l'année précédente indiquerait des coûts beaucoup moins élevés pour l'HQC, mais toujours dans le 75e centile. Les unités de charge de travail n'ont pas été utilisées à cause des écarts dans les rapports des différents systèmes de mesure des charges de travail. Les raisons pour lesquelles les unités de soins médicaux et chirurgicaux affichent des coûts plus élevés sont, entre autres :

- l'indice de composition des cas à l'HQC est bien plus élevé que dans les hôpitaux cohortes. Cela est aussi confirmé par le nombre d'unités de charge de travail par malade comparé à celui des hôpitaux cohortes;
- la composition des malades comprend une grande proportion de personnes âgées. Ces malades souffrant de maladies chroniques ou se remettant de leur maladie nécessitent plus d'heures de soins relatifs aux activités de leur vie quotidienne;
- la rémunération du personnel cadre est plus élevée.

Dans l'ensemble, la dotation en personnel dans les unités de soins médicaux et chirurgicaux est justifiée en fonction du nombre de malades et des soins à dispenser. Les coûts plus élevés affichés pour ces unités sont conformes au profil des malades dans ces services.

Comparaison des soins infirmiers en obstétrique pour les malades hospitalisés

La comparaison du service d'obstétrique n'est pas pertinente parce que cette unité n'a fonctionné que de décembre à mars en 1999-2000. Le transfert du service de l'Hôpital Grace a été effectué en décembre 1999 et le démarrage a connu beaucoup de problèmes. La dotation en personnel pour ce service est justifiée maintenant que cette phase est passée. Le rendement de cette unité devrait être supérieur d'ici l'année prochaine.

Comparaison des soins infirmiers intensifs pour les malades hospitalisés

Le tableau 21 présente les comparaisons des soins infirmiers intensifs.

Tableau 21
Comparaison des soins infirmiers aux malades hospitalisés dans le service de soins intensifs de l'HQC en 1999-2000 et dans les hôpitaux cohortes en 1998-1999

Nom de l'établissement	Coût par malade par jour	Coût par unité de charge de travail	Unités de charge de travail par malade par jour
Queensway-Carleton	**704,09 $**	**63,56 $**	**11,08**
Général de Guelph	449,09 $	62,93 $	7,14
St. Mary's de Kitchener	740,62 $	63,70 $	11,63
Joseph Brant Mem.	627,79 $	59,46 $	10,56
Greater Niagara Gen.	716,45 $	61,41 $	11,67
Soldiers' Mem. d'Orilla	608,87 $	46,51 $	13,09
Montfort, Ottawa	552,14 $	58,48 $	9,44
Hôp. Grace de l'Armée du salut de Scarb.	708,16 $	57,46 $	12,32
Gén. St Catharines	539,88 $	61,75 $	8,74
Markham Stouffville	822,73 $	Données non précises	Données non précises
Moyenne	640,64 $	51,28 $	10,87
25e centile	552,14 $	51,41 $	9,27
50e centile	627,79 $	58,48 $	11,09
75e centile	716,45 $	61,75 $	12,52
	Supérieur au 75e centile	**Supérieur au 75e centile**	**Supérieur au 75e centile**

Pour toutes les unités de soins intensifs de ces hôpitaux, la dotation en personnel est difficile en raison de l'envergure de l'unité et de l'élément hautement variable dans la composition et le nombre des malades d'une année à l'autre. Le personnel travaillant dans ces unités est assez fixe, compte tenu de la taille du service, et sera directement affecté par le genre et le nombre de malades. De plus, le service de chirurgie de l'HQC a une unité de soins intensifs constants à quatre lits qui permet à l'USI de transférer des cas d'intensité moindre. Trois facteurs clés influent sur les coûts à l'HQC :

- les coûts additionnels entraînés par les augmentations de salaire et l'inflation. Si l'on soustrait ces coûts additionnels, l'unité se rapproche du 50e centile;
- cette unité surveille aussi les huit lits télémétriques de l'unité médicale;
- l'USI répond à tous les appels dans l'Hôpital.

La dotation en personnel est correcte et devra être bien étudiée dans le cadre de la planification d'une nouvelle unité, comprenant le genre de malades attendus dans cette nouvelle unité et les soins que nécessiteront ces malades. L'utilisation du personnel infirmier dans des services autres que l'USI doit également être bien mesurée en fonction du nombre de malades attendus dans cette unité.

Comparaison des soins infirmiers intensifs pour les malades hospitalis és

Le tableau 21 présente les comparaisons des soins infirmiers intensifs.

Tableau 21
Comparaison des soins infirmiers aux malades hospitalisés dans le service de soins intensifs de l'HQC en 1999-2000 et dans les hôpitaux cohortes en 1998-1999

Nom de l'établissement	Coût par malade par jour	Coût par unité de charge de travail	Unité de charge de travail par malade par jour
Général de Guelph	449,09 $	61,93 $	7,25
St. Mary's de Kitchener	740,62 $	63,70 $	11,63
Joseph Brant Mem.	627,79 $	59,46 $	10,56
Greater Niagara Gen	716,45 $	51,41 $	13,94
Soldiers' Mem. d'Orilla	608,87 $	46,51 $	13,09
Montfort, Ottawa	552,14 $	58,48 $	9,44
Hôp. Grace de l'Armée du salut de Scarb.	708,16 $	57,46 $	12,32
Gén. St Catharines	539,88 $	61,75 $	8,74
Markham Stouffville	822,73 $	Données non précises	Données non précises
Moyenne	640,64 $	51,28 $	10,87
25^{e} centile	552,14 $	51,41 $	9,27
50^{e} centile	627,79 $	58,48 $	11,09
75^{e} centile	716,45 $	61,75 $	12,52

Pour toutes les unités de soins intensifs de ces hôpitaux, la dotation en personnel est difficile en raison de l'envergure de l'unité et de l'élément hautement variable dans la composition et le nombre des malades d'une année à l'autre. Le personnel travaillant dans ces unités est assez fixe, compte tenu de la taille du service, et sera directement affecté par le genre et le nombre de malades. De plus, le service de chirurgie de l'HQC a une unité de soins intensifs constants à quatre lits qui permet à l'USI de transférer des cas d'intensité moindre. Trois facteurs clés influent sur les coûts à l'HQC :

- les coûts additionnels entraînés par les augmentations de salaire et l'inflation. Si l'on soustrait ces coûts additionnels, l'unité se rapproche du 50^{e} centile;
- cette unité surveille aussi les huit lits télémétriques de l'unité médicale;
- l'USI répond à tous les appels dans l'Hôpital.

La dotation en personnel est correcte et devra être bien étudiée dans le cadre de la planification d'une nouvelle unité, comprenant le genre de malades attendus dans cette nouvelle unité et les soins que nécessiteront ces malades. L'utilisation du personnel infirmier dans des services autres que l'USI doit également être bien mesurée en fonction du nombre de malades attendus dans cette unité.

Bloc opératoire et salle de réanimation

Le tableau 22 indique les coûts des salles d'opération et de réanimation dans les quatre dernières années. Ce domaine n'a pas été comparé à des repères parce que les coûts de chirurgie d'un jour n'ont pas été séparés des coûts de malades hospitalisés au BO ou dans la salle de réveil post-anesthésie. Par conséquent, les comparaisons avec les hôpitaux cohortes ne sont pas pertinentes. Nous avons donc analysé les tendances de ces coûts.

Tableau 22
Tendances des coûts des salles d'opération et de réanimation (y compris chirurgie d'un jour)

Activité au BO	1997-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	Changement en 4 ans
Opérations le jour de l'admission	3 207	3 054	3 438	3 616	**12,8 %**
Malades hospitalisés	1 451	1 559	1 812	1 730	**19,2 %**
Total – chirurgie non urgente	**4 658**	**4 613**	**5 250**	**5 346**	**14,8 %**
Cas d'urgence	1 021	1 057	964	1 246	**22,0 %**
TOTAL – CAS BO	**5 679**	**5 670**	**6 214**	**6 592**	**16,1 %**
Cas d'endoscopie	2 549	2 576	2 806	2 750	**7,9 %**
Cas de cystoscopie locale	332	368	446	307	**-7,5 %**
Total – Coûts	**3 345 941 $**	**3 280 581 $**	**3 697 102 $**	**5 147 167 $**	**53,8 %**

Source: Statistiques du bloc opératoire; données de 1995-1996 non disponibles

Dans ce domaine, les coûts sont demeurés assez stables pendant les trois premières années de l'analyse. La première hausse marquée se ressent en 1998-1999. Les facteurs de fluctuation des coûts dans les deux dernières années comprennent :

- en 1998-1999, une salle d'intervention a été convertie en salle de chirurgie d'un jour, suite au transfert du service gynécologique de l'Hôpital Grace;
- en 1998-1999, les cas de chirurgie d'un jour ont été enregistrés comme visites à la clinique ambulatoire; cela a été rectifié en 1999-2000;
- en 1999-2000, les cas de stérilisation obstétrique ont été ajoutés au service de chirurgie de l'HQC;
- le nombre de cas pondérés de chirurgie d'un jour a beaucoup augmenté l'année dernière, en grande partie en raison du transfert du service gynécologique de l'Hôpital Grace;
- la hausse des cas d'urgence a influé sur la demande dans le BO et entraîné une augmentation des heures supplémentaires pour faire face aux cas urgents de chirurgie.

Nous avons effectué un examen plus approfondi de ce secteur en raison des pressions ressenties voulant que le volume de cas et les lits soient mieux gérés. Voici un résumé de notre examen.

Rendement du service

- De nos jours, l'Hôpital Queensway-Carleton compte quatre blocs opératoires complets. Une salle d'endoscopie a été convertie et sert de salle de chirurgie d'un jour trois jours par semaine. Dans le cadre de la nouvelle expansion, les plans prévoient agrandir le service à cinq blocs opératoires complets. Cela voudra dire que la capacité BO connaîtra un gain net de deux jours complets par semaine, d'ici l'an 2003. (La salle de chirurgie d'un jour provisoire redeviendra alors une salle d'endoscopie.)

- Des plages horaires sont attribuées selon « une personne par plage ». Une fois que les cas de chirurgie d'un jour sont terminés et que les cas urgents sont redistribués, toutes les salles d'opération sont fermées sauf une qui sert aux cas d'urgence le soir. Les médecins ne peuvent pas accéder aux services du bloc opératoire une fois que le BO est prêt pour l'équipe de nuit.

- L'ordonnancement de la chirurgie n'est pas informatisé. Tous les rapports sont compilés et analysés par le directeur des soins infirmiers et le bureau de la gestion de l'utilisation. Par conséquent, les prévisions d'utilisation se font d'après les réservations et la composition des cas, plutôt que d'après les cas réels. Par ailleurs, les réservations se font d'après les plages horaires et non selon l'heure précise de l'intervention.

- Tous les six mois, le comité du BO revoit l'utilisation des salles d'opération en se basant sur les prévisions d'utilisation antérieures de chaque service. C'est le seul moyen de rajuster la répartition des plages horaires. Le comité du BO étudie en ce moment la possibilité d'attribuer les plages horaires selon la prestation de service.

- Depuis peu, l'ordonnancement de la chirurgie se fait trois semaines d'avance, sous le contrôle du directeur des soins infirmiers du bloc opératoire. Un calendrier de priorité a dernièrement été mis en place pour faire face à la capacité supplémentaire, réduire le temps d'attente et minimiser l'effet des annulations.

- Chaque chirurgien s'occupe des listes d'attente et consulte régulièrement le directeur des soins infirmiers.

Problèmes

- Le nombre de lits utilisés dans le secteur de la chirurgie d'un jour pour pallier la surcharge du service d'urgence influe négativement sur le bloc opératoire. La hausse du nombre de malades hospitalisés et à l'urgence réduit la possibilité de répondre à la demande des cas non urgents. Ainsi, la disponibilité réduite des lits de chirurgie à cause de leur occupation par des cas médicaux a entraîné une hausse des annulations des cas non médicaux.

- L'arrivée de deux nouveaux urologues à la fin de l'année réduira la plage horaire d'urgence. Un urologue prendra sa retraite dans quelques années et les plans de dotation en personnel médical indiquent que l'établissement cherchera à retenir trois urologues tout le temps. À moins d'augmenter la capacité pour faire face au volume accru par la clientèle de ces nouveaux médecins, le BO pourra recevoir moins de cas urgents.

-
- Le Service de maternité et de néonatologie qui s'est ajouté a augmenté le volume et ainsi fait monter la courbe des coûts du BO. Le service d'urgence dispose de moins de souplesse pour accepter les cas de chirurgie parce que les anesthésistes du soir doivent s'occuper des accouchements. Par conséquent, l'anesthésiste de service doit parfois faire attendre les cas de chirurgie.

- L'arrivée des gynécologues de l'Hôpital Grace a donné lieu à un procédé de « temps partagé ». En ce moment, on engage de nouveaux obstétriciens et gynécologues et les analyses d'incidence révèlent un effet « tout à fait nul » sur le bloc opératoire. Cela ne va sûrement pas continuer. D'ici un an, la pression due à la clientèle des nouveaux gynécologues et urologues va probablement causer une situation de crise dans le bloc opératoire.

- La situation financière de l'établissement a entraîné des retards considérables dans l'acquisition de nouvel équipement, comme des systèmes informatiques et des instruments chirurgicaux. Seules les machines brisées sont remplacées et quelques articles sont placés à l'essai par les fournisseurs. Tant qu'un financement de base suffisant n'est pas accordé pour le remplacement et l'achat d'équipement et de systèmes plus adéquats, l'Hôpital Queensway-Carleton ne pourra pas atteindre les buts de la nouvelle expansion

Le bloc opératoire connaît des difficultés assez graves, dont la disponibilité de lits, le temps d'utilisation du BO, et l'augmentation du volume des cas urgents due à la hausse de l'activité dans la salle d'urgence. L'expansion prévoit un autre BO, ce qui en fait n'ajoutera que deux jours à la capacité. Tout au plus, le temps de BO additionnel permettra de pallier la pression actuelle et la hausse de volume prévue en raison de la croissance de la population.

Service d'urgence

Le tableau 23 compare les coûts du service d'urgence et ceux des hôpitaux cohortes. Nous avons utilisé le volume des visites et les coûts en 1998-1999 pour calculer le coût par visite. La comparaison des données de 1999-2000 a faussé les calculs pour cette unité en raison de l'augmentation drastique des salaires et de l'inflation. Comme nous l'avons déjà indiqué, il est difficile de comparer le service d'urgence de l'HQC à ceux des hôpitaux cohortes à cause de l'écart considérable entre le nombre de visites et le nombre de lits pour malades hospitalisés.

Tableau 23

Comparaison des coûts dans le service d'urgence de l'HQC et dans les hôpitaux repères

Nom de l'établissement	Nombre de lits	Nombre de visites en 1998-1999	Cût par visite
Queensway–Carleton	201	52 866	64,00 $
Général de Guelph	101	44 057	67,05 $
St. Mary's de Kitchener	148	38 608	77,45 $
Joseph Brant Mem.	228	39 723	81,66 $
Greater Niagara Gen	214	61 600	44,42 $
Soldiers' Mem. d'Orilla	174	47 896	51,76 $
Montfort, Ottawa	195	28 385	76,96 $
Hôp. Grace de l'Armée du salut de Scarb.	227	35 279	71,79 $
Gén. St Catharines	223	45 519	75,22 $
Markham Stouffville	172	33 575	74,66 $
		Moyenne	69,00 $
		25e centile	67,05 $
		50e centile	74,66 $
		75e centile	76,96 $

Nous avons fait une analyse plus approfondie du service d'urgence en raison des difficultés que l'établissement subit dans ce domaine.

Rendement du service

Le nombre annuel de visites à l'urgence continue à grimper. En 1999-2000, ce nombre s'élevait à plus de 55 000, dont 16 % comptait pour des malades âgés de 14 ans ou moins. Une moyenne de 3 % des malades (entre 83 et 216 cas par mois) consistait en des cas de surcharge, c'est-à-dire que ces personnes devaient être hospitalisées, mais on manquait de lits. Ces malades ont donc été placés dans des salles d'observation ou au service de chirurgie d'un jour. Le tableau 24 indique le nombre de malades.

Tableau 24

Volume au service d'urgence de l'HQC de 1996-1997 à 2000-2001 (prévisions)

Volume - Urgence	Année					Chang. en 4 ans
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001*	
Visites - Urgence	50 730	50 836	52 866	55 623	60 391	19 %
Admissions-Urgence	4 132	4 277	4 574	4 961	5 170	25 %
% de cas urgents hospitalisés **	8,15 %	8,41 %	8,65%	8,92 %	8,56 %	
Moyenne mensuelle des adm. à l'urgence	344	356	381	413	430	
% de cas urgents hospitalisés par rapport au total des admissions à l'Hôpital	69 %	69 %	68 %	71 %	S/O	

* *Prévisions*

** Environ 16 % des malades au service d'urgence de l'HQC sont âgés de 14 ans ou moins. Les cas de pédiatrie sont transférés à l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario. Si on n'inclut pas les cas de pédiatrie, le taux d'admission à l'urgence de l'HQC s'élève à 11 ou 12 %.

Le service s'efforce de gérer le surcroît de volume et se retrouve de plus en plus en considération de réacheminement (RDC) et en dérivation de soins critiques (CCB). Le tableau 25 présente le rendement de l'HQC en termes d'activité RDC et CCB. La hausse de RDC et CCB depuis 1998-1999 est conforme à la hausse dans tous les hôpitaux de la région d'Ottawa.

Tableau 25
Fréquence de RDC et de CCB au service d'urgence de l'HQC*

RDC-CCB HQC	1998-1999	1999-2000	2000-2001 (prévisions)	% de chang. en deux ans
RDC	2 242 heures	3 417 heures	4 145 heures	46 %
CCB	96 heures	134 heures	184 heures	48 %

** CritiCall Resource Registry*

Installations

- Le service d'urgence a été conçu pour environ 30 000 cas.
- L'espace physique ne suffit pas et actuellement l'unité d'observation est « inhumaine », car cette unité devait contenir six compartiments, mais en compte maintenant 12.
- Les contraintes d'espace causent plusieurs problèmes tels que : confidentialité avec le malade, intimité, accès limité à l'équipement et aux lavabos, difficultés d'isolation et insuffisance des locaux de consultation.
- Le service a dernièrement demandé 12 nouvelles civières pour remplacer de vieilles civières en mauvais état qui blessaient le personnel.
- La CRSS a recommandé la construction d'une nouvelle salle d'urgence pouvant recevoir 63 000 visites par année.

L'Hôpital Queensway-Carleton a tenté de résoudre les problèmes causés par la hausse du volume au service d'urgence.

- Le service compte maintenant 5 médecins (2 le jour, 2 le soir, 1 la nuit) et la plupart des médecins ont une formation de spécialisation en médecine d'urgence.
- Le personnel de soins infirmiers a augmenté pour faire face à la demande croissante des dernières années. Depuis le début de l'année, le personnel de soins infirmiers a soumis six griefs concernant la charge de travail.
- Les rapports de gestion sont meilleurs, mais une grande partie des renseignements sont pris manuellement :
  - le service suit un certain nombre d'indicateurs appropriés;
  - une fonction de triage officielle a été mise en place en janvier 1999;
  - tous les malades sont enregistrés dans le module Cerner et ces données servent à l'analyse démographique de la population de malades;

- depuis janvier 1998, le codage des dossiers sur les malades admis par l'urgence se fait à l'aide du logiciel MED2020;
- le codage de tous les dossiers de l'urgence a débuté en avril 2000;
- L'Hôpital a connu quelques problèmes de concordance entre le système et les données en avril-juin 2000. Ces problèmes ont été résolus et depuis juillet, l'exactitude des données s'est améliorée;
- le logiciel InterQual indique que 91 % des malades (1999) répondent aux critères d'admission.

- L'Hôpital a très peu investi dans les systèmes informatiques, surtout les systèmes d'information clinique, ainsi :

  - la capacité de « rapports de résultats » informatisés est minime. Un projet pilote a été mis en place à l'USI et on a l'intention d'accroître l'accès à cette capacité;
  - comme le personnel clinique utilise peu les systèmes informatiques dont la disponibilité est minime, on a donc recours à des méthodes manuelles plus sujettes aux erreurs et qui prennent plus de temps;
  - le chef du service d'urgence souhaite depuis longtemps acheter un logiciel de suivi des dossiers de l'urgence. Toutefois, en raison de restrictions budgétaires, une telle acquisition n'est pas prévue.

- Mesures du rendement :

  - l'urgence calcule le nombre de malades par groupe d'âge, équipe de travail, temps d'attente, composition, DDS et catégories nécessaires de triage—la plupart de ces données sont compilées manuellement;
  - le suivi des données d'utilisation devrait faire l'objet d'une attention continue. À cet effet, il faudrait un système informatisé de suivi des dossiers de l'urgence;
  - un temps de « la porte à l'injection » (soit le temps écoulé entre l'arrivée du malade à l'urgence et l'injection de thrombolytiques) de moins de 30 minutes pour les personnes souffrant d'un IM et de douleurs aiguës à la poitrine est considéré comme excellent selon les normes canadiennes. L'objectif est de moins de 60 minutes;
  - le pourcentage de malades qui retournent chez eux sans avoir été traités est de moins de 1 % --remarquable étant donné la DDS et l'environnement physique;
  - à l'heure actuelle, le service n'est pas en mesure de calculer les visites répétées à l'urgence dans des périodes déterminées (une semaine, un mois) parce que le système informatique est limité; cependant, l'Hôpital cherche des moyens de faire le suivi de ces données.

- Flux de travail et de malades :

  - le flux de travail et de malades est affecté par l'espace physique et l'aménagement restreints. L'espace est très limité, par exemple l'unité a été conçue pour environ 30 000 visites et la salle d'observation devait contenir six civières;
  - le service est divisé en sections distinctes physiquement, donc le champ de vision est limité et cela affecte le traitement;

- le service d'urgence est intéressé à explorer les moyens de dispenser des soins en temps plus opportun aux cas non urgents, comme une « ligne express », mais le service en est empêché par le manque d'espace et les malades de surcharge placés à l'urgence à cause du manque de lits pour malades hospitalisés;
- le service d'urgence est gravement affecté par le manque de lits pour malades hospitalisés. Vingt-quatre pour cent des malades admis par les voies normales sont placés dans l'aire de surcharge de l'urgence, pendant 12 à 24 heures. Ces malades sont déversés dans le secteur de chirurgie d'un jour et influent sur la chirurgie non urgente. Selon l'expérience dans le domaine, la durée de séjour à l'urgence est reliée à la durée de séjour à l'hôpital, soit si la durée de séjour à l'urgence atteint 24 heures, la durée de séjour du malade hospitalisé a tendance à augmenter;
- l'utilisation de l'aire de chirurgie d'un jour a soulagé l'urgence, est conforme aux directives du MSSLD concernant les moyens d'éviter les RDC et CCB et révèle la volonté de coopérer du personnel médical. Cependant cette situation est devenue insupportable;
- les contraintes d'espace et de lits causent souvent des encombrements et augmentent le temps de RDC et de CCB. Engager plus de personnel ne résoudra pas ce problème;
- le service a ajouté une personne chargée des mises en congé à l'urgence. Toutefois il faudrait trouver les moyens de resserrer les liens avec le CASC. Il n'existe pas de mode de « réaction rapide », quoiqu'un essai ait été fait il y a cinq ou sept ans. Des démarches ont été entreprises par le CASC et l'HQC pour améliorer ce procédé, mais ces deux organismes doivent améliorer leurs relations;
- le service d'urgence collabore étroitement avec le directeur de l'inscription des malades et celui de l'unité de soins aux malades pour la gestion des lits. Toutefois, toutes les données sur la gestion des lits sont compilées manuellement en raison du système informatique limité;
- parmi les goulots d'étranglement en matière de traitement du travail, citons le manque de lits pour malades hospitalisés, l'espace physique et l'aménagement, et le traitement de malades sans médecin attitré à cause du surcroît de travail en médecine interne;
- l'accès à des spécialistes dans d'autres centres présente également des difficultés. Actuellement, l'accessibilité varie selon les services. Pour des services « régionaux », comme la neurologie, la pédiatrie et la traumatologie, il existe des procédés bien établis et l'accessibilité et l'aiguillage ne posent pas de problèmes. Pour les services offerts par l'HQC et les autres centres (dont l'HQC s'est toujours occupé, comme l'urologie et la GI), le service se plaint de difficultés considérables à accéder aux spécialistes en question ou à faire accepter les malades dirigés;
- certains médecins continuent à traiter leurs clients à l'urgence (« Passez me voir à l'urgence »). Même si cela arrive de moins en moins, et l'Hôpital a pris des mesures pour gérer cette pratique, les contraintes d'espace et de volume exigent que cette pratique soit éliminée.

- De toute évidence, ce service lutte dans des conditions très difficiles. De nouvelles installations atténueront les problèmes de qualité des soins aux malades et des conditions de travail. Le personnel est suffisant pour la charge de travail comme le prouvent les statistiques sur la moyenne de temps d'attente et le peu de malades

qui s'en vont sans avoir été traités. Cependant le nouveau service d'urgence devra se doter d'un personnel plus nombreux étant donné ses dimensions et son aménagement. En attendant, il faudrait mettre en place des mesures temporaires pour améliorer la situation des malades et du personnel dans le service d'urgence. Cela peut se faire sans trop de frais additionnels. Par exemple :

- une roulotte pourrait servir au réacheminement des cas non urgents. Cette unité devrait être dotée d'un personnel minimal (tout comme dans un centre médical sans rendez-vous) et l'Hôpital devrait se préparer à recevoir des plaintes à ce sujet. Un avis devrait être remis à tous les malades, expliquant le temps d'attente, les raisons, etc. Des bénévoles aideraient grandement à l'accueil;
- l'équipe de l'HQC devrait immédiatement se réunir avec les directeurs de cas du CASC pour songer à constituer une équipe de réaction rapide;
- il faut absolument prendre des mesures urgentes pour gérer la surcharge des malades qui sont placés dans l'aire de chirurgie d'un jour, ce qui entraîne des annulations en chirurgie.

Administration des soins directs

Les coûts d'administration des soins directs ont affiché une hausse marquée au cours de l'année dernière. Ces coûts n'ont pas été comparés aux repères, à cause des écarts considérables dans les rapports des hôpitaux. Le tableau 26 résume les fluctuations de ces coûts dans les cinq dernières années.

Tableau 26
Tendances des coûts d'administration des soins directs à l'HQC entre 1995-1996 et 1999-2000

Année	Dépenses nettes	Pourcentage de changement
1995-1996	534 939 $	
1996-1997	454 532 $	(15,0 %)
1997-1998	369 700 $	(18,7 %)
1998-1999	463 428 $	25,3 %
1999-2000	768 134 $	65,8 %

Cette fluctuation indique la réduction des dépenses dans les premières années de l'analyse, grâce aux démarches prises par l'Hôpital pour minimiser les coûts. Les coûts ont beaucoup augmenté l'année dernière pour plusieurs raisons.

- Le transfert du service de maternité et de néonatologie de l'Hôpital Grace.

  - Un accroissement de l'appui accordé aux unités de soins infirmiers pour infirmières et infirmiers spécialistes en soins cliniques et éducatrices et éducateurs, et qui avait été éliminé au cours des années précédentes. En 1999-2000, un éducateur ETP a été engagé pour aider le service d'urgence et de chirurgie et un spécialiste en soins cliniques a été engagé pour la médecine et l'USI.

- Les coûts du bureau du personnel ont également été comptabilisés pour 1999-2000.

Nous avons analysé les postes d'administration des soins infirmiers et nous constatons qu'ils sont raisonnables pour un hôpital de cette envergure.

SERVICES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Le tableau 27 montre les tendances des coûts des services diagnostiques et thérapeutiques.

Tableau 27

Tendances des coûts des services diagnostiques et thérapeutiques pour les soins actifs et les opérations le jour de l'admission à l'HQC, entre 1995-1996 et 1999-2000

Description	Dépenses nettes 1995-1996	Dépenses nettes 1996-1997	Dépenses nettes 1997-1998	Dépenses nettes 1998-1999	Dépenses nettes 1999-2000	% de changement par rapport à 1998-1999
Total - labo	3 079 097 $	2 716 664 $	2 681 815 $	2 770 745 $	2 593 814 $	-6,4 %
Total – imagerie diagnostique	2 954 209 $	2 783 955 $	3 113 553 $	3 587 167 $	4 315 150 $	20,3 %
Total – thérapies	3 775 459 $	3 807 469 $	4 174 068 $	4 479 197 $	4 303 803 $	-3,9 %
Total -diagn. et thérap.	**9 808 765 $**	**9 308 088 $**	**9 969 436 $**	**10 837 109 $**	**11 212 767 $**	**3,5 %**

Les tendances des coûts dans les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique sont trompeuses à cause des écarts dans les rapports de données d'une année à l'autre. Nous avons donc analysé l'ensemble des tendances de coûts dans ces secteurs.

Dans l'ensemble, les coûts des secteurs de diagnostic et de thérapie ont augmenté de peu, soit de 3,5 % l'année dernière. Ceci est en partie dû à la hausse d'activité des soins ambulatoires. Par exemple, 51 % des interventions en imagerie diagnostique viennent du service d'urgence, donc la croissance dans ce domaine ne sera pas reflétée ici.

Des hausses et des baisses de coûts spécifiques s'expliquent par ce qui suit :

- les frais de laboratoire ont baissé parce que l'hôpital d'Almonte a décidé de ne plus participer au service de laboratoire partagé et en raison de la consolidation du traitement technique des pathologies et du personnel d'hématologie au service de biochimie;

- l'augmentation des frais en imagerie diagnostique en 1999-2000 (20,3 %) peut être attribuée à l'introduction des services de tomodensitogramme et de médecine nucléaire;

- l'augmentation des frais de thérapie peut être attribuée à la hausse considérable du nombre de malades ayant besoin de soutien supplémentaire (soins actifs aux malades âgés, malades ANS)

En gros, aucun service diagnostique et thérapeutique n'affiche d'écarts alarmants.

SERVICES D'ADMINISTRATION ET DE SOUTIEN

En 1999-2000, aucun service administratif et général n'a accusé de grosses dépenses injustifiées. Voici quelques remarques générales sur ces services :

- les coûts des services alimentaires sont plus élevés que dans les hôpitaux repères à cause du système de distribution alimentaire. L'Hôpital appartient à la Hospital Shared Service Corporation, dont fait partie le service alimentaire aux hôpitaux. Les repas sont assemblés individuellement (selon le choix du menu), livrés, gardés à la température voulue, et ramassés par le service alimentaire. Les frais de distribution sont donc plus élevés que pour les hôpitaux cohortes. En outre, les frais d'entretien des immobilisations sont légèrement plus élevés à l'HQC parce que les machines sont désuètes;

- les coûts de gestion du matériel sont plus élevés en raison du système de conception Friesen de l'HQC. L'Hôpital n'est pas entièrement un établissement Friesen, mais son mode d'exploitation suit la conception Friesen. L'approvisionnement, l'impression (des formulaires), la distribution du courrier et les frais de gestion normalement attribués à d'autres sections de l'établissement, incombent au service de gestion du matériel en vertu du système Friesen. En outre, l'ajout du service de maternité et de néonatologie et l'acquisition du tomodensitogramme ont nécessité l'engagement de personnes supplémentaires comme porteurs et autres services connexes

- les dossiers médicaux et les inscriptions coûtent plus que dans les hôpitaux repères pour plusieurs raisons :

  - le personnel d'inscription est chargé de l'ordonnancement et des réservations pour les services ambulatoires, l'imagerie diagnostique, les services cardio-pulmonaires et le bloc opératoire;
  - le personnel d'inscription assiste aussi les fonctions d'enregistrement et d'admission des malades à l'urgence;
  - le personnel d'inscription s'occupe du standard téléphonique de l'équipe de nuit;
  - le service des dossiers médicaux emploie plus d'administrateurs de dossiers médicaux (HRA) que de techniciens en dossiers médicaux (HRT) et de préposés que les autres centres. La composition du personnel et la répartition du travail font l'objet d'un examen et des changements sont mis en place pour améliorer l'utilisation des ressources et la productivité;
  - le service des dossier médicaux est ouvert 24 heures par jour;
  - l'Hôpital a un fichier central qui nécessite une manipulation et un traitement considérables et pour faciliter les procédés d'entrée et de sortie des dossiers;
  - les systèmes informatiques actuels contribuent très peu à l'efficacité de l'exploitation. Le système d'enregistrement et d'admission, de mise en congé et de transfert des patients est désuet; il ne permet pas d'obtenir à temps des renseignements sur la population et la gestion des lits. Le manque de cohésion entre le service des dossiers médicaux, le répertoire central des malades et le système d'admission, de mise en congé et de transfert des patients fait que les données ne correspondent pas toujours. Le service se retrouve avec un grand nombre de dossiers en double. La quantité de données stockées en direct sur

les visites des malades est limitée et a été réduite dernièrement. Cela a compliqué le problème des dossiers en double;
- le service des dossier médicaux ne bénéficie pas d'un module de suivi des fiches.

SERVICES INFORMATIQUES

Au cours des dernières années, la technologie de l'information ne constituait pas une priorité pour l'HQC. Ainsi, l'Hôpital jouit relativement de peu de systèmes informatisés. Le pourcentage des dépenses en TI par rapport au budget est bas, soit de 0,68 % à 1,95 % entre 1996-1997 et 1999-2000 (un pourcentage type d'entre 2 et 3 %).

L'Hôpital a employé des ressources externes pour la plupart des composantes de ses systèmes informatiques et logiciels. Par exemple, jusqu'en 1999, on a utilisé les demandes financières de l'Hôpital général d'Ottawa (HGO) et on a fait appel à DINMAR en 1997 pour toute la fonction de TI.

L'Hôpital a rédigé l'ébauche d'un plan stratégique de TI en juillet 1999. Par la suite, un plan de TI a été élaboré pour le WOVN et a remplacé celui de l'HQC. La planification stratégique an matière de TI bénéficierait d'une optique régionale et cette initiative s'inscrit dans le cadre de toutes les autres initiatives conjointes de l'établissement avec le WOVN. Néanmoins les mesures permettant de satisfaire les besoins prioritaires de l'HQC, dont un système d'admission, de mise en congé et de transfert et un répertoire central des patients, semblent avoir été retardées en raison des efforts de planification du WOVN.

La gestion des malades se fait à l'aide de l'ancien logiciel Cerner Classic. Les limitations sont nombreuses étant donné la génération et l'âge de ce programme informatique. Ces applications ne permettent pas d'émettre des rapports en temps voulu et les demandes de rapports sont souvent traitées avec du retard.

Le niveau d'intégration entre les applications Cerner est faible. Les systèmes communiquent en interface par lots et ne permettent pas l'information en temps réel.

Un nouveau logiciel financier d'ORMED a dernièrement été installé pour remplacer celui de l'HGO qui avait été abandonné. L'installation du logiciel ORMED faisait suite à un calendrier très serré et ambitieux de mesures visant à respecter la date limite imposée par le bogue de l'an 2000. Le service des finances est encore en train de stabiliser les opérations et de mettre au point des méthodes de travail optimales basées sur le nouveau système.

L'été dernier, l'Hôpital Queensway-Carleton a participé à la rédaction de plusieurs demandes de subventions du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS).

CONCLUSIONS

Dans l'ensemble, l'exploitation des services est efficace, même s'il y a matière à amélioration :

- le bloc opératoire continue à fonctionner selon le mode « une personne par plage horaire » qui semble satisfaire tous les chirurgiens. Il faudrait établir les plages

horaires par prestation de service plutôt que par temps d'attente pour assurer que ce système soit aussi juste pour les malades que pour les chirurgiens;

- il faudrait trouver des solutions de rechange à la gestion des visites non urgentes au service d'urgence, dont un espace temporaire hors de l'urgence. Des mesures de réforme des soins primaires seraient également utiles;

- il faudrait discuter du remplacement du programme de réaction rapide avec les représentants du CASC. Il faudrait reprendre une telle discussion, car elle n'a pas eu lieu depuis plus de cinq ans. Les représentants de l'HQC et du CASC devraient réfléchir aux moyens d'améliorer et de renforcer leurs démarches et leurs initiatives conjointes afin de trouver toutes les formules possibles pour régler les problèmes des lits pour malades hospitalisés et du service d'urgence de l'HQC;

- il faudrait que les médecins de garde à l'urgence cessent de se servir de la salle d'urgence pour voir leurs patients;

- l'analyse de la composition du personnel et des équipes de 24 heures au service des dossiers médicaux devrait entraîner quelques réductions des coûts dans ce domaine;

- une analyse approfondie des besoins en systèmes informatiques et des priorités s'impose et doit comprendre les priorités de l'HQC qui ont été repoussées en raison de la planification du WOVN et de la gestion déléguée de ce service.

Même si selon l'examen des services mentionnés ci-dessus il ne faut pas s'attendre à des économies considérables, mais plutôt à une hausse des dépenses dans certains cas, ces mesures devraient faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre du plan de redressement.

Plan de redressement de l'Hôpital Queensway-Carleton

Ce chapitre propose une série de recommandations que l'Hôpital et le Ministère devraient suivre pour mettre au point une stratégie d'équilibre du budget pour l'organisme. Il s'agit d'un point de départ pour des discussions plus approfondies qui canaliseront les activités et fourniront des mesures du rendement dans les mois à venir.

POURQUOI UN CHANGEMENT S'IMPOSE-T-IL?

Le conseil d'administration et la haute direction, ainsi que le Ministère doivent accepter la réalité de la situation actuelle de l'Hôpital comme prémisse de base à la nécessité du changement :

- la croissance sans précédent des dernières années ne peut continuer sans rajustement important du rôle, de la capacité et du financement de l'Hôpital;
- la croissance de 8 % par année depuis quatre ans et celle de 12 % prévue pour cette année ne peuvent être maintenues. Même si la question du financement et du rôle était résolue, l'établissement doit gérer la croissance avec plus de dynamisme;
- il faut adopter un cadre de responsabilisation définissant clairement le rôle et les responsabilités du conseil et de la haute direction en matière de gestion des ressources, compte tenu du budget accordé, et expliquant les principes à tous les intéressés;
- l'Hôpital doit se doter d'un plan opérationnel accepté par tous les intervenants, qui soit mis en place et dont la responsabilité relève de l'Hôpital.

Ce niveau de responsabilisation n'existe pas. Le mécanisme doit commencer par une discussion sérieuse avec le Ministère portant sur la situation actuelle et future de l'Hôpital Queensway-Carleton.

POUVOIRS DU CONSEIL

Le conseil, par le biais de ses représentants au Comité directeur de l'examen opérationnel, doit s'engager à adopter un plan de redressement comprenant de nouveaux modes de gestion afin d'éviter qu'une telle situation financière ne se reproduise. L'idée d'une croissance et des coûts afférents non maîtrisables doit se transformer pour déboucher sur un contrôle financier; au début de chaque année de financement, il faut réaliser que l'organisme doit respecter l'enveloppe budgétaire accordée. Le conseil doit charger le directeur général de prendre toutes les mesures possibles pour y arriver. Cet examen nous porte à croire que le conseil de l'Hôpital a besoin d'aide dans cette démarche et qu'une fois ce processus achevé, les membres du conseil seront plus aptes à assainir les finances de l'organisme.

Afin de passer à un ordre de responsabilité assurant la stabilité financière de l'établissement, le conseil a besoin d'orientation et d'appui pour renforcer son rôle de gestion.

- **Le rôle général du conseil.** Le conseil peut agir de manière responsable s'il garde ses distances par rapport à l'établissement. Il faut se pencher sur le rôle et les responsabilités des membres du conseil, y compris sur la relation avec le personnel médical et sur les attentes de la part de leur représentant choisi, le directeur général.

Le conseil doit ensuite faire siennes toutes les valeurs organisationnelles, dont l'établissement d'un budget équilibré.

- **Le rôle de planification du conseil.** Le conseil doit s'attribuer un rôle de premier ordre en matière de planification. La fonction principale de planification du conseil consiste à adopter un plan à long terme pour l'établissement, à obtenir l'accord du Ministère et à assurer la mise en œuvre de ce plan.

- **Le rôle de surveillance du conseil.** Le conseil doit recevoir des rapports de gestion décrivant les mesures prises pour réaliser la mission et le mandat de l'établissement, y compris des explications sur tout écart par rapport au plan stratégique et opérationnel et sur les démarches entreprises pour en rétablir les priorités. En particulier, le conseil doit recevoir des rapports financiers exposant clairement la situation actuelle et future de l'Hôpital.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons que :

(1) le Ministère nomme une personne pour guider et assister le conseil pendant six à neuf mois; cette personne devra rendre compte au ministère;

(2) le président du conseil et le directeur régional du ministère de la Santé et des Soins de longue durée se rencontrent pour fixer les « règles de base » en matière de communication concernant les immobilisations, les finances et la gestion;

(3) le conseil et le Ministère concluent immédiatement une entente relative au fonds de roulement pour le reste de l'exercice en cours;

(4) Le conseil et le Ministère se mettent immédiatement d'accord sur les différentes activités de l'Hôpital afin de déterminer le financement de base;

(5) le conseil et le Ministère s'accordent sur le rajustement du financement de base nécessaire par rapport au financement de base actuel.

(6) le président du conseil charge le directeur général de mettre au point des plans opérationnels détaillés et convaincants à l'appui de l'utilisation des ressources financières au cours de chaque exercice.

POUVOIRS DES CADRES

La haute direction est en état de flux et a absolument besoin de se doter d'un mode et d'un procédé de gestion ordonnés. Le départ récent de deux des trois vice-présidents, la brièveté du mandat du directeur général (27 mois) et du troisième vice-président (un an) ont rendu difficile la gestion de questions complexes au cours des deux dernières années. Les cadres supérieurs étaient au courant de l'escalade des coûts, mais ils ne pouvaient ou ne savaient pas vraiment comment gérer cette hausse, compte tenu des ressources disponibles. La haute direction doit :

- réaliser que la situation est urgente et prendre les mesures nécessaires pour déceler et traiter les crises de croissance actuelles et futures;
- créer un esprit d'équipe à la tête de l'établissement;
- confirmer la vision à court terme de l'Hôpital, élaborer au plus vite une vision à plus long terme, et la communiquer à tous les niveaux de l'organisation;

- veiller à ce que toutes les priorités de l'établissement tiennent compte de la vision;
- organiser plus efficacement le personnel et les processus;
- coopérer avec le personnel médical afin que ses priorités correspondent à la vision de l'établissement;
- communiquer efficacement avec tous les intervenants internes et externes;
- trouver de nouvelles solutions en éliminant les barrières pour mieux gérer la croissance;
- améliorer et maintenir les procédés efficaces de gestion, et plus précisément améliorer les processus suivants :
  - planification et établissement du budget;
  - prise de décisions;
  - communications;
  - rapports de gestion et responsabilité;
- établir et maintenir de bonnes relations avec le Ministère;
- faire part des progrès au conseil.

Au début de la mise en œuvre du plan de redressement, le directeur général doit veiller à ce que l'établissement se concentre sur sa reprise. La personne nommée par le Ministère pour aider le conseil peut jouer un rôle important en guidant et en assistant le conseil. Cette personne doit servir de catalyseur entre le Ministère et la haute direction afin que le Ministère puisse prendre des décisions dans des délais raisonnables.

Le mandat de cette personne doit être précis. Cette personne doit rendre compte au Ministère des progrès accomplis quant aux résultats escomptés. En outre, cette personne doit travailler de concert avec le directeur général pour fixer des objectifs de rendement précis pour les prochains six ou neuf mois et offrir une aide et un soutien au directeur général pendant le processus de redressement.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons que :

(7) la personne nommée par le Ministère offre une aide, des conseils et un soutien au directeur général et à la haute direction et rende compte au Ministère de l'atteinte des objectifs fixés;

(8) le directeur général continue le processus de recrutement pour combler les postes vacants de cadres supérieurs;

(9) le directeur général confirme la responsabilité de l'organisme en matière de développement des immobilisations et du West Ottawa Valley Network;

(10) le directeur général continue les démarches en cours visant à établir des liens constructifs entre les cadres des services et la haute direction;

(11) le directeur général veille à ce que le processus de restructuration de l'organisme tienne compte des priorités en matière de modification des processus de gestion et de leadership et mette l'accent sur l'issue stratégique des recommandations du plan de redressement.

PROBLÈMES TOUCHANT LE PERSONNEL MÉDICAL

La participation du personnel médical est essentielle à la réussite du plan de redressement et à la stabilité de l'Hôpital. La hausse de la demande, se manifestant surtout au service d'urgence, ne peut se gérer qu'avec l'aide du personnel médical. L'examen stratégique des programmes,

mené au printemps dernier, doit être revu à la lumière du nouveau rôle et de la nouvelle mission de l'Hôpital, et les médecins doivent accepter tous les nouveaux mandats et directives pour mieux gérer la croissance. Cela ne peut se produire que si le personnel médical accepte pleinement le processus et y prend une part active.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons que :

(12) le président du conseil, le directeur général et le médecin chef s'assurent que le personnel médical joue un rôle primordial dans le cadre du plan de redressement et y prenne une part active;

(13) le président du conseil et le directeur général s'assurent que les plans concernant la dotation en personnel médical soient conformes au rôle de l'Hôpital, soient assortis d'analyses détaillées sur leur incidence et soient abordables, compte tenu des ressources financières disponibles.

EXPLOITATION DES SERVICES

Dans l'ensemble, les services de l'Hôpital Queensway-Carleton fonctionnent très efficacement. Il est cependant possible de faire des progrès et d'éviter d'autres problèmes opérationnels.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons que :

(14) la vice-présidente, Soins aux malades, trouve des solutions de rechange pour gérer les visites à la salle d'urgence, y compris une révision de l'initiative de l'équipe d'intervention d'urgence et l'aiguillage des malades qui se présentent sans rendez-vous et dont le cas n'est pas urgent;

(15) la vice-présidente, Soins aux malades, examine la possibilité d'entreprendre une étude du système actuel de réservation du bloc opératoire;

(16) le directeur général entreprenne un examen approfondi des exigences et des priorités en matière de systèmes d'information.

REDRESSEMENT FINANCIER

Comme nous l'avons indiqué dans le présent rapport, les difficultés financières de l'Hôpital ne sont pas dues à l'efficacité, que nous prouverons par le coût réel par cas pondéré qui sera inférieur au coût prévu par cas pondéré à la fin de l'année. Les causes principales sont plutôt la croissance, l'inflation et les dépenses exceptionnelles.

Le tableau 28 (à la page suivante) présente la situation financière récente de l'Hôpital. Les hypothèses relatives aux recettes reposent sur le financement de 2000-2001 figurant dans le budget de base de 2001-2002 et sur le financement des 20 lits annualisés à raison de 3 200 000 $. Nous avons prévu une croissance de 1 % pour toutes les autres recettes. Les hypothèses en matière de dépenses incluent une croissance prévue de 5 % et une inflation de 5 % s'ajoutant aux prévisions du 31 mars 2001.

Selon les tendances de croissance actuelles, le déficit prévu à la fin de l'exercice s'élèvera à environ 7 millions de dollars. Sans rajustement du financement, le déficit prévu pour l'année prochaine sera d'environ 12 millions de dollars.

À la lumière de ce processus de révision, il est entendu qu'il faut redéfinir le rôle de l'Hôpital. Par conséquent, la base de financement doit être rajustée.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons que :

(17) le Ministère et le conseil négocient un niveau de financement commensurable au niveau d'activité défini pour l'Hôpital;

(18) le directeur général et la haute direction continuent de déployer des efforts pour veiller à ce que les coûts de transition du système soient distincts des coûts d'exploitation.

NOUVEAU RÔLE DE L'HÔPITAL QUEENSWAY-CARLETON

La présente étude a confirmé que le rôle de l'Hôpital devra changer pour faire face à la hausse de la demande dans son secteur et pour permettre à l'organisme de desservir Ottawa-Carleton et le réseau 7a et de répondre à leurs besoins. Cela entraînera des changements importants pour l'établissement.

RECOMMANDATION

Nous recommandons que :

(19) le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le conseil de l'Hôpital Queensway-Carleton confèrent un nouveau rôle à l'Hôpital :

- **fondé sur les recommandations de la CRSS jusqu'en 2003;**
- **fondé sur la croissance jusqu'en 2008.**

Tableau 28

HQC : Prévisions pour la fin de l'exercice 2000-2001 par rapport au budget et aux prévisions de 2001-2002

	Cumul réel Nov. 2000	Prévisions depuis le début de l'exercice 2000-2001	Prévisions 2001-2002	Budget annuel 2000-2001
Recettes				
Approuvé par le MSSLD				
Allocation	30 991 769	48 247 157	50 247 157	44 518 533
Malades hospitalisés	394 311	591 467	597 381	450 000
Malades externes	3 063 826	4 595 739	4 641 696	5 476 080
Diff. chambre à suppl.	2 403 959	3 605 939	3 641 998	3 923 200
Quote-part - ANS	145 210	217 815	200 000	130 000
Amort. de la subv. d'équip.				
- équipement	637 704	956 556	966 122	956 552
- bâtiment	379 584	569 376	575 070	569 375
Ambulance	118 298	177 447	179 221	125 000
Recettes de laboratoire	928 946	1 393 419	1 407 353	1 568 561
Recettes de stationnement	678 376	1 017 564	1 027 740	1 050 000
Autres recettes	1 148 300	1 722 450	1 739 675	1 266 149
Divers	100 261	141 388	141 388	141 388
	40 990 544	63 236 316	65 364 801	60 174 838
Dépenses				
Salaires non médicaux	27 903 373	42 531 108	46 890 547	42 531 108
Rémun. pers. médical	2 094 772	3,425,612	3 776 737	3 425 612
Avantages sociaux	3 465 290	5 494 781	6 057 996	5 494 781
Fourn. méd. et chirurg.	2 147 539	3 204 146	3 532 571	3 204 146
Médicaments	838 267	1 257 401	1 386 284	1 151 398
Autres fourn. et dép.	6 471 425	10 504 453	11 581 159	10 804 453
Créances non recouvrées, etc.	133 336	200 004	220 504	200 000
Intérêt-économat	628 705	904 583	997 303	904 583
Amort. – à partager	1 374 134	2 061 201	2 272 474	2 037 802
- autre	817 787	1 226 681	1 352 415	698 269
Autres articles	100 261	141 388	141 388	141 388
	45 974 889	70 951 357	78 209 378	70 593 540
Perte nette depuis le début de l'exercice	**(4 984 345)**	**(7 715 041)**	**(12 844 577)**	**(10 418 702)**
Plus: Amort. – autre	817 787	1 226 681	1 352 415	698 269
Moins: Amort des subv.	379 584	569 376	575 070	569 375
Format MSSLD	**(4 546 142)**	**(7 057 737)**	**(12 067 232)**	**(10 289 808)**

CALENDRIER DU PLAN DE REDRESSEMENT

À l'Hôpital Queensway-Carleton, des changements urgents s'imposent. Nous conseillons vivement que l'Hôpital adopte un calendrier qui assurera le redressement opportun de l'établissement. En outre ce calendrier permettra à l'établissement d'assainir ses finances et ses processus de gestion durant l'exercice 2001-2002.

RECOMMANDATIONS

Nous recommandons que :

(20) le Ministère et le conseil adoptent un calendrier pour le plan de redressement qui tienne compte de la nécessité d'assainir les finances et les processus de gestion;

(21) le conseil de l'Hôpital élabore une politique qui aidera l'établissement à maintenir un budget équilibré.

Le tableau 29 présente un calendrier pour le plan de redressement.

Tableau 29
Calendrier proposé pour le plan de redressement

Activité	Délai cible
Régler les problèmes liés au fonds de roulement	28 févr.
Établir le financement des activités courantes	31 mars
Coûts de transition distincts de ceux d'exploitation	31 janv.
Planifier le redressement des coûts unitaires	Terminé
Rôle de l'Hôpital :	
- restructuration actuelle	31 mars
- avenir	30 sept.
Gestion et contrôle de la gestion	30 sept.

Ce calendrier est exigeant pour les deux parties. Néanmoins, un engagement profond envers le changement, assorti de démarches mesurables, constitueront la pierre angulaire du nouvel établissement.